

Aus dem Bezirkskrankenhaus Augsburg, Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik - Akademisches Lehrkrankenhaus
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Max Schmauß

**Die Basisdokumentation (BADO)
als Instrument der Qualitätssicherung in einer
psychiatrischen Klinik - Auswertungen aus dem
Bezirkskrankenhaus Augsburg 1999-2003**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Daniela Gaxiola Mayinger

aus

München

2009

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. M. Schmauß

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. Susanne Stübner

Betreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Priv. Doz. Dr. T. Messer

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h. c. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 20.10.2009

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	7
1.1.	Schizophrenie	10
1.2.	Affektive Störungen	11
1.3.	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	13
1.4.	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	14
1.5.	Fragestellung der Studie	16
2.	MATERIAL UND METHODEN	17
3.	ERGEBNISSE	20
3.1.	Alle Patienten	20
3.1.1.	ICD-10-Gruppe - Alle Patienten	20
3.1.2.	„Aufnahmegrund“/Rechtsgrundlage	22
3.1.3.	Ärztliche Einweisung/Empfehlung	23
3.1.4.	Wohnsituation vor Aufnahme	24
3.1.5.	Lebt zusammen mit	25
3.1.6.	Höchster erreichter Schulabschluss	26
3.1.7.	Jetzige berufliche Situation	27
3.1.8.	Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung	28
3.1.9.	Alter bei erster psychischer Auffälligkeit	30
3.1.10.	Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation	33
3.1.11.	Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation	33
3.1.12.	Art des zur Aufnahme führenden Zustandes	35
3.1.13.	Jemals Suizidversuch	35
3.1.14.	Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme	36
3.1.15.	Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme	37
3.1.16.	Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts	38
3.1.17.	Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung	39
3.1.18.	Probleme bei der Psychopharmakotherapie	41
3.1.19.	Suizidversuch/Suizid während des stationären Aufenthalts	43
3.1.20.	Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts	44
3.1.21.	Fixierungen	45
3.1.22.	Verweildauer nach Gruppen	46
3.2.	Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (ICD-10-Gruppen F20-22)	47
3.2.1.	ICD-10-Gruppe - Diagnosen F20-22	47

3.2.2.	„Aufnahmegrund“/Rechtsgrundlage	47
3.2.3.	Ärztliche Einweisung/Empfehlung.....	48
3.2.4.	Wohnsituation vor Aufnahme	50
3.2.5.	Lebt zusammen mit	50
3.2.6.	Höchster erreichter Schulabschluss	51
3.2.7.	Jetzige berufliche Situation	52
3.2.8.	Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung.....	54
3.2.9.	Alter bei erster psychischer Auffälligkeit.....	55
3.2.10.	Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation.....	58
3.2.11.	Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation.....	59
3.2.12.	Art des zur Aufnahme führenden Zustandes	60
3.2.13.	Jemals Suizidversuch	60
3.2.14.	Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme.....	61
3.2.15.	Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme	62
3.2.16.	Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts.....	63
3.2.17.	Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung.....	64
3.2.18.	Probleme bei der Psychopharmakatherapie.....	66
3.2.19.	Suizidversuch/Suizid während des stationären Aufenthalts	67
3.2.20.	Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts.....	68
3.2.21.	Fixierungen.....	69
3.2.22.	Verweildauer nach Gruppen.....	70
3.3.	Patienten mit affektiven Störungen (ICD-10-Gruppen F31-33).....	71
3.3.1.	ICD-10-Gruppe - Diagnosen F31-33.....	71
3.3.2.	Aufnahmegrund/ Rechtsgrundlage	71
3.3.3.	Ärztliche Einweisung/Empfehlung.....	72
3.3.4.	Wohnsituation vor Aufnahme	74
3.3.5.	Lebt zusammen mit	74
3.3.6.	Höchster erreichter Schulabschluss	75
3.3.7.	Jetzige berufliche Situation	76
3.3.8.	Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung.....	77
3.3.9.	Alter bei erster psychischer Auffälligkeit.....	79
3.3.10.	Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation.....	82
3.3.11.	Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation.....	83
3.3.12.	Art des zur Aufnahme führenden Zustandes	84
3.3.13.	Jemals Suizidversuch	85
3.3.14.	Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme.....	86
3.3.15.	Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme	86
3.3.16.	Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts.....	87

3.3.17.	Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung.....	89
3.3.18.	Probleme bei der Psychopharmakotherapie.....	90
3.3.19.	Suizidversuch/Suizid während des stationären Aufenthalts	92
3.3.20.	Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts.....	93
3.3.21.	Fixierungen.....	93
3.3.22.	Verweildauer nach Gruppen.....	94
3.4.	Patienten mit organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (ICD-10-Gruppen F00-03).....	95
3.4.1.	ICD-10-Gruppe - Diagnosen F00-03.....	95
3.4.2.	„Aufnahmegrund“/Rechtsgrundlage	96
3.4.3.	Ärztliche Einweisung/Empfehlung.....	97
3.4.4.	Wohnsituation vor Aufnahme	98
3.4.5.	Lebt zusammen mit	99
3.4.6.	Höchster erreichter Schulabschluss.....	100
3.4.7.	Jetzige berufliche Situation	100
3.4.8.	Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung.....	101
3.4.9.	Alter bei erster psychischer Auffälligkeit.....	102
3.4.10.	Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation.....	104
3.4.11.	Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation.....	105
3.4.12.	Art des zur Aufnahme führenden Zustandes	106
3.4.13.	Jemals Suizidversuch	107
3.4.14.	Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme.....	108
3.4.15.	Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme	108
3.4.16.	Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts.....	109
3.4.17.	Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung.....	110
3.4.18.	Probleme bei der Psychopharmakotherapie.....	112
3.4.19.	Suizidversuch/Suizid während des stationären Aufenthalts	113
3.4.20.	Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts.....	114
3.4.21.	Fixierungen.....	114
3.4.22.	Verweildauer nach Gruppen.....	115
3.5.	Patienten mit Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10-Gruppen F10-19).....	116
3.5.1.	ICD-10-Gruppe - Diagnosen F10-19.....	116
3.5.2.	„Aufnahmegrund“/Rechtsgrundlage	117
3.5.3.	Ärztliche Einweisung/Empfehlung.....	118
3.5.4.	Wohnsituation vor Aufnahme	119
3.5.5.	Lebt zusammen mit	120
3.5.6.	Höchster erreichter Schulabschluss.....	121

3.5.7.	Jetzige berufliche Situation	122
3.5.8.	Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung	123
3.5.9.	Alter bei erster psychischer Auffälligkeit	124
3.5.10.	Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation.....	127
3.5.11.	Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation	128
3.5.12.	Art des zur Aufnahme führenden Zustandes	129
3.5.13.	Jemals Suizidversuch	130
3.5.14.	Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme.....	131
3.5.15.	Bedrohung/ Tötlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme	131
3.5.16.	Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts.....	132
3.5.17.	Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung.....	134
3.5.18.	Probleme bei der Psychopharmakotherapie.....	135
3.5.19.	Suizidversuch/Suizid während des stationären Aufenthalts	137
3.5.20.	Bedrohungen/ Tötlichkeiten während des stationären Aufenthalts.....	137
3.5.21.	Fixierungen.....	138
3.5.22.	Verweildauer nach Gruppen.....	139
4.	DISKUSSION	141
5.	ZUSAMMENFASSUNG	168
6.	LITERATURVERZEICHNIS	171
7.	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	178
8.	DANKSAGUNGEN	179
9.	LEBENS LAUF	180

1. EINLEITUNG

Qualitätsmanagement zielt auch in der Psychiatrie auf die kontinuierliche Verbesserung der Leistungsqualität ab. Unter Berücksichtigung immer wichtiger werdender ökonomischer Aspekte lassen sich auf der Grundlage von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als seine wichtigsten Elemente Dokumentationssysteme, die Entwicklung von Leitlinien sowie der Aufbau interner und externer Qualitätsmaßnahmen aufführen. Eine neuere Reviewarbeit zeigt, dass das Qualitätsmanagement einen methodischen Ansatz darstellt, der die Erzielung im ärztlichen Selbstverständnis begründeter Qualitätsziele durch prädefinierte, aufeinander abgestimmte Prozesse mit höherer Wahrscheinlichkeit ermöglicht als dies in einem gewachsenen ärztlichen Handlungsrahmen möglich wäre (121, 122).

Die Erfassung der sogenannten Nutzerzufriedenheit gewinnt im Rahmen der Qualitätssicherung zunehmend an Bedeutung und liefert zudem Anhaltspunkte für eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sowie zu einer steigenden Patientenorientierung der psychiatrischen Versorgung (139, 146, 151). So fanden Spießl et al., dass neben einer multidimensionalen Behandlung auch das Qualitätsmanagement zu den Erwartungen niedergelassener Nervenärzte bzw. Psychiater oder Allgemeinärzte an die Kliniken zählt. Ähnliche Ergebnisse erzielten sie bei der Befragung von Patienten und sozialpsychiatrischen Diensten (143, 145).

Zentrale Elemente der Messung und Verbesserung stellen die interne und externe Qualitätssicherung dar. Eine gesetzlich vorgeschriebene Beteiligung an externen Krankenhausvergleichen betrifft die Psychiatrie (bisher noch) nicht. Freiwillige Maßnahmen der externen Qualitätssicherung existieren hingegen und fokussieren im psychiatrischen Bereich vor allem auf die Arzneimittelsicherheit oder finden als vertrauensbildende Darlegung der Qualitätsfähigkeit interessierten Dritten (Patienten, Zuweiser, Kostenträger, Öffentlichkeit) gegenüber statt. Eine lange Tradition in der Psychiatrie haben demgegenüber freiwillige Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung, als deren zentrale Säule die Literatur vor allem die von Cording und Mitarbeitern entwickelte und von der DGPPN empfohlene BADO (BASisDOkumentation) in psychiatrischen Kliniken nennt (32, 33, 122). Sie stellt valide Daten für ein angesichts des zunehmenden ökonomischen Drucks, der zunehmenden Leistungsdichte und der steigenden Patientenerwartungen unabdingbares evidenzbasiertes Klinikmanagement bereit, das eine effektive und effiziente Patientenbehandlung sicherstellen soll.

Die DGPPN-BADO mit ihren über 70 Variablen liefert die nötigen Daten über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Behandlung und ermöglicht die Archivierung aller im Verlauf eines bestimmten Zeitraums in psychiatrischen Kliniken aufgetretenen Patientenfälle getrennt nach ICD-9- bzw. 10-Diagnose, soziodemographischen Daten, krankheitsbezogenen Variablen, Variablen des Behandlungsprozesses und Outcomedaten wie z.B. CGI (Clinical Global Impression) und GAF (Global Assessment of Functioning), Suizidalität etc. vor und nach der stationären Behandlung (32, 33, 74, 152).

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Wichtigkeit einer präzisen Dokumentation stellt die BADO somit ein hilfreiches und praktisches Instrument zur Datenerfassung dar. Neben dem Vorteil der Zeitersparnis bringt sie zudem durch die bereits vorgegebenen relevanten Items sowie die Gegenkontrolle der durch Assistenzärzte generierten Daten seitens der Oberärzte eine hinreichend große Sicherheit, die Validität, Plausibilität und Vollständigkeit der Eingaben zu garantieren, mit sich. Aufgrund ihrer DGPPN-Kompatibilität sowie ihrer deutschlandweiten Verbreitung und Akzeptanz ist sie für Vergleiche der Daten aus verschiedenen Kliniken geeignet (33). Hübner-Liebermann et al. stellten in diesem Zusammenhang in einer Studie aus dem Jahr 2000

fest, dass eine differenzierte Erfassung des therapeutischen Vorgehens Voraussetzung für eine genaue Analyse der Prozessqualität und damit für die Interpretation der Ergebnisqualität ist.

Die BADO ist, wie oben angesprochen, in ihrer Rolle als Informationsgrundlage ein entscheidender Bestandteil der internen und externen Qualitätssicherung und -verbesserung im psychiatrischen Krankenhaus und der Evaluation der psychiatrischen Versorgung, dies unter anderem dadurch, dass sie das Handeln der dokumentierenden Ärzte transparenter macht und langfristig festhält (72). Sie vereinigt in sich die voraussichtlich im Rahmen der Einführung einer externen Qualitätssicherung verlangten Daten sowie Items, die für die interne Analyse wichtiger Qualitätsaspekte zur Erkennung und Behebung vorhandener Mängel unerlässlich erscheinen. Um späteren Sanktionen durch externe Qualitätskontrollen vorzubeugen ist ferner eine selbständige und frühzeitige Integration interner und externer Qualitätssicherungsmaßnahmen in jeder (psychiatrischen) Einrichtung sinnvoll.

Die BADO bietet eine Vielzahl von Einsatzmöglichkeiten im Rahmen einer systematischen Qualitätssicherung. So sind neben dem Routine-Monitoring wichtiger Qualitätsindikatoren die retro- und prospektive Identifikation bestimmter Problempatienten, gezielte Stichprobenziehungen, bevölkerungsbezogene Auswertungen und personenbezogene Patientenauswertungen über mehrere Aufenthalte hinweg zu nennen (33).

Zusätzlich zu ihrer primären Bedeutung als Qualitätssicherungsinstrument finden ausgewählte Items der BADO auch Verwendung in Studien zu Definitionsansätzen aufgrund methodischer Probleme schwer eingrenzbarer Begriffe oder Fragestellungen wie z.B. der klaren Definition chronischer Depressionen und ihrer Prävalenz oder der Eingrenzung der heterogenen Gruppe der „Heavy Users“ in der Psychiatrie (149, 150).

Desweiteren stellen Arbeiten über die Wichtigkeit der Kommunikation zwischen stationär und ambulant tätigen Ärzten u.a. zur Sicherstellung der kontinuierlichen Weiterbehandlung der Patienten beispielsweise mittels adäquater Arztbriefe die Möglichkeit der Verbesserung deren klarer Strukturierung und Vereinheitlichung mittels der computergestützten Erstellung aus Daten z.B. der BADO heraus (144).

Umgekehrt hilft ein vollständiger und akkurat ausgefüllter Einweisungsschein dem stationär tätigen Behandler durch die Bereitstellung über die psychiatrische Diagnostik hinausgehender anamnestischer Daten wie Suizidalität, Suchtproblematik, Medikamentenunverträglichkeiten, Komorbidität und soziodemographischer Variablen bei der Beantwortung der entsprechenden Items im BADO-Aufnahmebogen (147, 148).

Zudem wird erwartet, dass standardisierte Patientenbefragungen in Verbindung mit der BADO wichtige Einblicke in die Versorgungsqualität liefern können (143).

Die BADO bringt im klinischen Alltag ferner direkte Nutzungseffekte mit sich. So erfüllt sie die Funktion einer „Checkliste“ für die ausfüllenden Ärzte, d.h. sie erleichtert das komplette Erfragen aller relevanten Patientendaten. Darüber hinaus stellt sie nützliche Sofort-Infos aus vorangegangenen BADO-Erhebungen zum selben Patientenfall (z.B. Medikamentenunverträglichkeiten etc.) bei Wiederaufnahmen bereit (33).

Zusammengefasst stellt die DGPPN-BADO eine wichtige Datengrundlage zu einem evidenzbasierten Klinikmanagement dar. Mit ihrer Hilfe kann eine verbesserte Steuerbarkeit, eine höhere interne Glaubwürdigkeit, ein Leistungsnachweis den Kostenträgern gegenüber sowie eine effektivere Behandlung erreicht werden (152).

Am Bezirkskrankenhaus (BKH) Augsburg wird die DGPPN-BADO in vollem Umfang seit 1999 verwendet und umfasst insgesamt 66 Items (31 Items im Aufnahmebogen, 35 Items im Entlassungsbogen) (32, 33).

In den hier gewählten Beobachtungszeitraum von 1999 bis 2003 fiel mit dem Bestreben der ständig verbesserten Qualitätssicherung eine Revision der im BKH Augsburg angewandten BADO, die zu den unten erwähnten

Ergänzungen bzw. Variationen des erfass- und auswertbaren Datenpools führte (s. 2. Material und Methoden). Auch in anderen, die DGPPN-BADO nutzenden psychiatrischen Kliniken fanden ähnliche Überarbeitungen statt, z.B. im Jahr 2000 in Regensburg. Die DGPPN plant auf der Grundlage empirischer Befunde aus diesen Revisionen eine offizielle BADO-Überarbeitung. Periodische Anpassungen der BADO sind nötig, um den sich wandelnden Erfordernissen (z.B. gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung (§ 137 SGB V)) und Anwendungsmöglichkeiten (z.B. Weiterentwicklung der Computertechnologie) Rechnung zu tragen (33). Das Ziel solcher Maßnahmen ist, durch die Möglichkeit einer zunehmend detaillierteren Erfassung dem Qualitätssicherungsanspruch und versorgungspolitischen Fragestellungen in der Psychiatrie besser gerecht werden zu können. Neben Rückmeldungen, Befragungen und Gedankenprotokollen verschiedener Nutzer, Überprüfungen von Qualität, Validität und Reliabilität der mittels der BADO generierten Daten sowie der Anpassung an die DGPPN-Behandlungsleitlinie für Schizophrenie bildeten beispielsweise am Bezirksklinikum Regensburg auch Auswertungen der BADO unter klinischen Fragestellungen die Grundlage für derartige Überarbeitungen (72). Daher kann davon ausgegangen werden, dass die vorliegende Auswertung Anstoß zu weiteren Neuerungen und Verbesserungen liefert.

Es sollen in dieser Arbeit nicht nur alle im BKH während des Studienzeitraums erfassten Patientenfälle unabhängig von der jeweils vorliegenden ICD-10-Diagnose beschrieben, sondern zudem für ausgewählte Gruppen die ICD-10-diagnosespezifischen Daten und ihre Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten herausgearbeitet werden. Zur detaillierten Darstellung wurden, allerdings teilweise nicht mit all ihren Untergruppen, die Gruppen „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (ICD-10 F0), „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD-10 F1), „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (ICD-10 F2) und „Affektive Störungen“ (ICD-10 F3) gewählt. Dieses Vorgehen erschien angesichts der Häufigkeit dieser Erkrankungen (nur F4 noch in ähnlicher Zahl vertreten, s. 3.1.1.) angezeigt. Darüber hinaus müssen neben ihrer Schwere und ihrer hohen Chronifizierungsrate die durch diese Erkrankungen verursachten immensen jährlichen Kosten bedacht werden (45, 58).

Ein vor allem die Diagnosegruppen F2 und F3 betreffendes bedeutsames Problemfeld ist zudem die hohe Suizidneigung dieser Patienten. Aus diesem Grund sind laut Hübner-Liebermann et al. Fragen zu früherer bzw. aktueller Suizidalität bzw. Suizidversuchen unverzichtbarer Bestandteil der psychiatrischen Exploration. Die DGPPN-BADO liefert die Voraussetzung hierzu und ermöglicht darüber hinaus die Erfassung von als Risikofaktoren für einen Suizid beschriebenen Daten wie männliches Geschlecht, jüngeres Lebensalter, wenig soziale Kontakte, Diagnose einer schizophrenen oder affektiven Psychose, depressives Syndrom, geringe Besserung, Mehrfachaufnahme und Langzeithospitalisation und somit die Eruiierung ihrer jeweiligen Relevanz als Suizidprädiktoren. Ferner ist eine Untersuchung wie diese über einen bestimmten Zeitraum (hier 5 Jahre) durchaus dazu geeignet, den seit Mitte der 80er Jahre von denselben Autoren beschriebenen leichten Rückgang der Patientensuizidrate über die Jahre zu verifizieren (73).

Zudem wurden in den letzten 10 bis 15 Jahren zur Behandlung dieser Störungen zahlreiche neue Psychopharmaka (z.B. atypische Antipsychotika (Risperidon, Olanzapin, Ziprasidon, Quetiapin, Aripiprazol, Amisulprid), SSRI (Paroxetin, Fluoxetin, Citalopram, Sertralin), andere neue Antidepressiva (Venlafaxin, Mirtazapin, Reboxetin) etc.) entwickelt, weshalb ein begründetes Interesse besteht zu erfahren, inwieweit diese Innovationen zu einer substantiellen Verbesserung der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen führen und ob die zu ihrer Verordnung aufgestellten Leitlinien (6, 11, 42, 48, 55, 56, 70, 71, 104, 166) befolgt werden.

1.1. Schizophrenie

Schizophrenien (hier erfasst: F20 Schizophrenie, F21 schizotype Störung, F22 anhaltende wahnhafte Störung) treten mit einer geschlechtsunabhängigen Lebenszeitprävalenz von etwa 1 % auf (89). Abgesehen von den chronischen organischen Erkrankungen sind sie hinsichtlich der Prognose sicher die schwerwiegendsten psychischen Störungen (108). Ihr zumeist frühes Erstmanifestationsalter bedingt, dass die meisten Patienten bereits bei der ersten akuten Manifestation ausgeprägte soziale Defizite aufweisen (61). Zudem nimmt ca. ein Drittel der Betroffenen im Langzeitverlauf im sozialen Funktionsniveau weiter ab bzw. tendiert zu einem sog. Residualzustand mit kognitiven Defiziten, Anhedonie, Antriebslosigkeit und Abulie (108). Das Zutreffen dieser Aussage wird anhand der Soziodiagnostik in der BADO nachzuprüfen sein.

Ferner ist angesichts der um das 20-50fache erhöhten Suizidalität schizophrener Patienten ein besonderes Ziel dieser Arbeit unter anderem, die Auswirkung der stationären Therapie auf die Suizidgefährdung sowie deren Entwicklung im hier beschriebenen Zeitraum darzustellen (40).

Die zumeist bestehende Unfähigkeit der Patienten zur selbständigen Alltagsbewältigung bedingt zusammen mit ihrer hohen Rezidiv- und Chronifizierungsrate die überaus große Bedeutung der Schizophrenien auch aus sozioökonomischer Sicht, da sie nicht zuletzt angesichts ihrer langen Dauer und der häufig notwendigen Rehospitalisierungen mit erheblichen Kosten für das Gesundheitssystem einhergehen (89, 103). In Zeiten der zunehmenden Budgetierung und Reglementierung im Gesundheitswesen ist dies natürlich bedenklich und es besteht begründetes Interesse an neuen Konzepten zur Kostensenkung.

Zur Pharmakotherapie dieser Störungen empfehlen die meisten der aktuellen Richtlinien mittlerweile Atypika als Mittel der ersten Wahl (78, 87, 96, 105, 116). Der Grund hierfür sind ihre im Vergleich zu den konventionellen Vorgängerpräparaten beachtlichen Vorteile wie bessere Verträglichkeit durch Reduktion der EPMS, bessere Wirksamkeit bei Negativsymptomatik bei gleicher Wirkung auf Positivsymptomatik, Überlegenheit bei Therapieresistenz (nur Clozapin) und geringerer Anstieg des Prolaktinspiegels (16, 17, 62, 132). Dennoch wird - aus Budgetgründen allerdings v.a. den ambulanten Bereich betreffend - seitens der Patienten und der behandelnden Ärzte oftmals eine Unterversorgung schizophrener Patienten mit Atypika befürchtet (12, 62, 100, 132). Diese Annahme gründet hauptsächlich in den verglichen mit konventionellen Präparaten 10-15mal höheren Kosten der Atypika (136). Weiterhin wird vermutet, dass die Bedenken vor ihren Nebenwirkungen wie z.B. dem clozapinassozierten Agranulozytoserisiko und vor den aufwendigen bei ihrer Verwendung notwendigen follow-up-Kontrollen wie Blutzucker, Blutfette und ggf. HbA1c viele Behandler von ihrem Einsatz abhalten könnten (16, 69). Vor dem Hintergrund der bereits angesprochenen immensen Vorteile atypischer Antipsychotika ist eine kritische Überprüfung dieser Befürchtungen auf ihr Zutreffen in der klinischen Realität von großer Wichtigkeit. Hier sollte ferner bedacht werden, dass eine erfolgreiche Therapie und Rezidivprophylaxe, selbst wenn sie höhere Kosten verursacht als bisherige Ansätze, einerseits durch die erreichte höhere Lebensqualität und die damit erwartete höhere Compliance seitens der Patienten und andererseits durch die geringere Notwendigkeit und Häufigkeit der Patientenrehospitalisierung durchaus im Gesamtergebnis eine Kostenersparnis bedeutet (115, 128). Zudem macht der Preis der Atypika nur einen geringen Anteil der mit einer Schizophrenie verbundenen Kosten aus (63). Die Studie zur ambulanten Antipsychotikaverordnung von Schäfer et al. ergab in diesem Zusammenhang entgegen den erwähnten Annahmen, dass bei einem Großteil der Patienten (94 %) keine ambulante Umstellung von atypischen auf konventionelle Antipsychotika erfolgte (132). Die oben genannte befürchtete Unterversorgung schizophrener

Patienten mit Atypika scheint folglich andere Gründe zu haben. So spielt hier eventuell die Anwendung von Antipsychotika zur Therapie anderer psychiatrischer Erkrankungen (z.B. Manie bei bipolarer affektiver Störung, psychotischer Depression, Demenzen etc.) eine Rolle (16). In gewissen Fällen können hier nämlich typische Antipsychotika aufgrund ihrer stärkeren sedierenden Wirkung bei der Therapie von Symptomen wie Insomnia, Unrest, Delirium/Agitation, Anxiety durchaus attraktiver sein als der Einsatz von Atypika (17, 63, 132).

Wie und inwieweit die Einführung der Atypika Auswirkungen auf das im stationären Setting des BKH Augsburg praktizierte Verordnungsverhalten genommen hat, soll anhand der vorliegenden Ergebnisse überprüft werden.

1.2. Affektive Störungen

Als zweite Einzelgruppe wurden Patientenfälle mit affektiven Störungen (hier erfasst: F31 bipolare affektive Störung, F32 depressive Episode, F33 rezidivierende depressive Störung) detailliert dargestellt. Depressionen (F32 und 33) sind unter den affektiven Störungen die am häufigsten zu beobachtenden Erkrankungen. Sie betreffen Personen jeden Alters, wobei Frauen ein etwa doppelt so hohes Erkrankungsrisiko aufweisen (15). Altersdepressionen sind als häufigste psychiatrische Erkrankung der über 65jährigen anzusehen (99). Studien der WHO und der Weltbank zufolge nahm die Major Depression in der DALY- Statistik 1990 bereits den 4. Rang ein. Bis 2020 werden Verschiebungen in dieser Skala erwartet, denen zufolge die Major-Depression nach der ischämischen Herzerkrankung den 2. Rang in der DALY-Statistik einnehmen wird. Daher werden zunehmend große Ressourcen für die Behandlung dieser Erkrankung und ihrer Folgen erforderlich sein (93). Sie hat somit auch aus sozioökonomischer Sicht eine immense Bedeutung.

Da Depressionen neben psychischen auch mit psychomotorischen und physischen Symptomen einhergehen, konsultieren Patienten vermutlich aus Scheu bzw. Unwissenheit häufig primär den Hausarzt (sog. larvierte Depression). Allerdings werden laut einer WHO-Studie zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Primärversorgung trotz ihrer erhöhten Prävalenz nur etwa die Hälfte der Depressionen vom Primärarzt erkannt (sog. diagnostisches Defizit) und die Zahl der nicht diagnostizierten Fälle stieg in den letzten Jahren an (94). Da bei adäquater Ausbildung auch die Primärärzte depressive Störungen erkennen und behandeln können, stellt ihre kontinuierliche Schulung in diesem Bereich einen wichtigen Ansatz dar, die angesichts der hohen Rezidiv- und Chronifizierungsraten und der hohen Suizidraten eher ungünstige Prognose dieser Erkrankung zu verbessern sowie die Kosten durch erweiterte ambulante Betreuungsmöglichkeiten zu senken (93, 94). Da die BADO auch die Spezialisierung des jeweils überweisenden Arztes sowie den Ort der Vorbehandlung dokumentiert, kann diese Arbeit Auskunft über mögliche Veränderungen in diesem Bereich liefern.

Die ebenso wie bei F2-Patienten stark erhöhte Suizidalität stellt für die Therapie eine große Herausforderung dar und ihre Entwicklung im Zeitverlauf soll in der Auswertung ebenfalls in Augenschein genommen werden.

Neben depressiven wurden hier ferner die isoliert mit einer Prävalenz von nur ca. 1 % bei beiden Geschlechtern seltener auftretenden bipolaren Störungen (F31) genauer betrachtet. Das Ersterkrankungsalter liegt allgemein typischerweise zwischen dem 15ten und 30ten Lebensjahr (95). Auch bipolare Patienten weisen eine deutlich erhöhte Mortalität u.a. infolge von Suiziden, Unfällen und kardiovaskulären Erkrankungen auf (9).

Zur Pharmakotherapie depressiver Störungen fanden klassischerweise trizyklische Antidepressiva Verwendung. Diese erwiesen sich bei etwa 70 % der Patienten in kontrollierten Studien als wirksam und zeichnen sich zudem durch ihren niedrigen Preis sowie die Überlegenheit bei schweren Depressionen gegenüber neuen Präparaten aus

(19, 90, 110). Dennoch wurden angesichts ihrer beachtlichen anticholinergen Nebenwirkungen, der Blutdrucksenkung, Gewichtszunahme sowie Sedierung häufig Complianceprobleme und ein erhöhtes Sicherheitsrisiko bei Alters- und Risikopatienten beobachtet. Daher kam es zur Entwicklung einer Vielzahl neuerer Antidepressiva (z.B. tetrazyklische und chemisch andersartige Antidepressiva, selektive Serotonin-Rückaufnahmeinhibitoren (SSRI), Noradrenalin- und Serotonin-Rückaufnahmeinhibitoren (SNRI), ein noradrenalinselektives Antidepressivum sowie MAO-Hemmer), die ihren Vorgängern hinsichtlich Verträglichkeit, (Langzeit-)Nebenwirkungen und Sicherheit bei Überdosierung überlegen sind (4, 7, 14, 94).

Vor allem geht die Einnahme von SSRI und Venlafaxin mit weniger anticholinergen Nebenwirkungen und deswegen auch mit reduzierter kardiovaskulärer Toxizität einher (15). Ferner fanden zahlreiche Autoren, dass SSRI und Moclobemid durch die nur geringfügige Beeinträchtigung psychomotorischer und kognitiver Funktionen im Vergleich zu Trizyklika einen Vorteil in Bezug auf die Gefahr von Unfällen etc. darstellen (20, 67, 91). All dies erklärt vermutlich die insgesamt verbesserte Lebensqualität und bessere Patientencompliance unter SSRI (94).

Dennoch werden in jüngster Zeit auch einige Risiken der neueren Antidepressiva diskutiert und untersucht. So liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass SSRI, Venlafaxin und vor allem Mirtazapin ein Restless-Legs-Syndrom induzieren bzw. verstärken können (3). Auch Entzugssymptome wurden nach dem Absetzen v.a. bei SSRI und Venlafaxin beobachtet, weshalb heute empfohlen wird, diese schleichend abzusetzen (43). Darüber hinaus wird in den letzten Jahren ein möglicherweise erhöhtes Risiko der Inzidenz von Suizidalität oder Suizidversuchen in Zusammenhang mit der Einnahme von Antidepressiva diskutiert. Für SSRI fand diese Annahme bei Kindern und Jugendlichen Bestätigung, während bei Erwachsenen noch Unklarheit besteht. Da diesbezüglich bisher zudem nur Kurzzeitstudien vorliegen, sind die möglichen Auswirkungen einer Langzeittherapie noch nicht sicher vorhersagbar (15).

Zu der in Zeiten der Budgetierung im Gesundheitswesen wichtigen Frage der Pharmakoökonomie liegen bisher kontroverse Daten vor. Einige Studien ergaben, dass die Verordnung von SSRI, obwohl sie primär höhere Medikationskosten verursacht, im Endeffekt aufgrund der erhöhten Compliance bzw. niedrigerer „drop-out“-Raten nicht teurer ist als eine Therapie mit Trizyklika (76, 92, 124, 156).

Da die BADO bis zu ihrer Überarbeitung 2001 allerdings keine Differenzierung der verschiedenen Antidepressivatypen vorsah und in der vorliegenden Arbeit die später erfolgte Trennung nicht berücksichtigt wurde, wird sie keinen Aufschluss über die anteilmäßige Verordnungshäufigkeit neuerer Präparate gegenüber trizyklischen Antidepressiva bzw. daraus folgende Konsequenzen liefern können.

Die Behandlung der bipolaren Depression ist demgegenüber wissenschaftlich schlechter abgesichert (15). Hier spielen neben nichtmedikamentösen Strategien wie der Psychoedukation Stimmungsstabilisierer, allen voran Lithium eine große Rolle, wobei je nach vorliegender Episode eine Kombination mit einem Antidepressivum oder einem vorzugsweise atypischen Antipsychotikum (zur Therapie und Prophylaxe psychotischer Symptomatik) erforderlich sein kann. Als Lithiumalternative sind Antikonvulsiva wie Valproat und Carbamazepin zu nennen, ferner Lamotrigin, Olanzapin und Risperidon. Quetiapin und Aripiprazol scheinen ebenfalls wirksam zu sein, bisher liegen diesbezüglich aber nur wenige Studien vor (18, 119). In der Augsburger BADO wurden Lamotrigin und Aripiprazol bis 2005 nicht berücksichtigt. Zahlreiche Studien beweisen den besonderen Wert von Lithium in der Rezidivprophylaxe, die neben der Reduzierung der 20-30fach erhöhten suizidbedingten Mortalität auf die psychisch Gesunder auch eine Reduktion stationärer Aufenthalte und somit eine Kosteneinsparung mit sich bringt (23, 28, 111, 112).

1.3. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

Aus dem Bereich „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (ICD-10 F0) wurden nur die Untergruppe Demenz (F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, F01 vaskuläre Demenz, F02 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten, F03 nicht näher bezeichnete Demenz) betreffende Patientendaten zur detaillierten Beschreibung herangezogen, da nur für sie verlässliche Angaben über Prävalenz und Inzidenz vorliegen (84). Zudem ergab die Berliner Altersstudie, dass Demenzzustände mit einer Prävalenz von ca. 14 % bei über 70jährigen die weitaus häufigsten organischen Störungsmuster sind (66).

Neben ihrer Prävalenz erklären auch ihre schwerwiegenden und jahrelang zu tragenden Konsequenzen für Betroffene und ihre Angehörigen die enorme soziale und ökonomische Bedeutung der Demenz. Dies vor allem angesichts der allgemeinen Überalterung der Gesellschaft im Zuge des Geburtenrückgangs und der steigenden Lebenserwartung in Deutschland. Ferner ist in diesem Zusammenhang der oftmals beklagte zunehmend geringere familiäre Zusammenhalt zu bedenken, in dessen Folge auch die Möglichkeiten einer häuslichen Pflege immer begrenzter werden dürften.

Neben den kognitiven Leistungseinschränkungen bestehen meist zusätzlich nichtkognitive Symptome im Sinne unspezifischer Verhaltensänderungen wie Depression, Angst, Wahnphänomenen, Aggressivität, illusionären Verkennungen und Unruhe (53). Da diese von den Betroffenen und ihren Angehörigen häufig als weitaus belastender empfunden werden als die kognitiven Einschränkungen, bilden sie einen wichtigen Gegenstand der Behandlung.

Zur Pharmakotherapie der Demenz wurden traditionell Präparate wie Nootropika, Calciumkanalblocker und Glutamat-Antagonisten herangezogen, die sich vor allem durch ihre gute Verträglichkeit auszeichnen (85). Da ihre Effektivität allerdings eher gering ist, werden seit Mitte bis Ende der 90er Jahre Cholinesteraseblocker als neuere Präparate verwendet (53). Bisher liegen noch keine direkten Vergleichsstudien über den Nutzen dieser Substanzen vor (85). Ihre größere Effektstärke, höhere Effektwahrscheinlichkeit und längere Effektdauer sprechen allerdings für ihre Überlegenheit (86). Darüber hinaus ist die Klärung ihres bisherigen Etablierungsgrades im Klinikalltag von großem Interesse, da für sie erstmals ein deutlicher Effekt auf den Krankheitsverlauf nachgewiesen wurde. So bringt die Langzeitbehandlung mit Tacrin eine Reduzierung der Heimunterbringungen mit sich (82). Donepezil und Rivastigmin führen zu einer verzögerten Ausprägung von kognitiven Defiziten und Beeinträchtigungen im Alltag (52, 127). Ein weiteres Medikament, das nach Acetylcholinesterase-Hemmern als Mittel der Wahl bei der Behandlung der Alzheimer-Krankheit gilt, ist der NMDA-Rezeptorantagonist Memantin. Auch Kombinationen, deren Effektivität allerdings noch bestätigt werden muss, finden in schweren Fällen Anwendung (53).

Einen durchaus wichtigen Bestandteil der Therapie bildet darüber hinaus die fundierte Aufklärung der Angehörigen, da mit ihrer Hilfe auf mehr Bereitwilligkeit zur häuslichen Pflege der Betroffenen und damit auf weniger Heimunterbringungen gehofft werden kann, was im Sinne der notwendigen Kostensenkung im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnen dürfte (25, 107).

Auch im Bereich der Früherkennung dieser häufigen Störungen wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Bemühungen unternommen, wobei hier sowohl die Ärzte als auch die Familien selbst gefordert sind. Ziel einer frühzeitigen Diagnosestellung ist eine verbesserte und frühzeitige Therapieeinleitung, die Aufklärung der Patienten und ihrer Angehörigen über die bestehende Erkrankung, sowie die Ermöglichung eines selbstbestimmten Handelns und einer Verzögerung der Pflegebedürftigkeit (13, 53, 85, 101, 140). In Zukunft

werden Initiativen zur verbesserten Therapie und Diagnostik der Demenzen vor dem Hintergrund der oben erwähnten in Veränderung befindlichen Altersstruktur in Deutschland sicher noch zunehmen.

1.4. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Als vierte Gruppe wurden Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F1) untersucht. Dies vor dem Hintergrund der Eröffnung der hauptsächlich auf die Akuttherapie ausgerichteten Suchtabteilung am BKH Augsburg 1999/2000, in deren Folge eine relative Häufung dieses Störungsmusters zu erwarten war. Das am BKH gezeigte große Engagement auf diesem Feld widerspricht dem Vorwurf einer langzeitigen Vernachlässigung des Suchtproblems durch die Klinikpsychiatrie, in deren Folge nichtärztliche Therapeuten und Strukturen im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen bei Suchtproblemen große Bedeutung erlangten (141).

Im Gegensatz zu den oben genannten Diagnosen wurden hier alle ICD-10-Subgruppen berücksichtigt (F10 Störungen durch Alkohol, F11 Störungen durch Opioide, F12 Störungen durch Cannabinoide, F13 Störungen durch Sedativa und Hypnotika, F14 Störungen durch Kokain, F15 Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein, F16 Störungen durch Halluzinogene, F17 Störungen durch Tabak, F18 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel, F19 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen).

Unter diesen Störungen stellt vor allem der Alkoholkonsum ein weit verbreitetes Problem und bei Männern sogar die häufigste psychische Störung dar. Dies und die mit Alkoholabhängigkeit verbundenen internistischen und neurologischen Folgeerkrankungen machen dieses Störungsmuster zu einem großen medizinischen und sozialen Problem (141). Bühringer et al. fanden in einer Studie, dass im Jahr 1995 allein die direkten Kosten alkoholbezogener Störungen in Deutschland beinahe so viel ausmachten wie die für alle übrigen psychiatrischen Diagnosen zusammengenommen. Zusätzlich müssen auch indirekte Krankheitskosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation, Frühberentung oder Mortalität bedacht werden (27). In Deutschland wird u.a. aufgrund seiner wenig restriktiven Alkoholpolitik derzeit von 2 Millionen Alkoholabhängigen sowie von über 10 Millionen Menschen mit behandlungsbedürftigen alkoholbedingten Störungen ausgegangen. Von diesen wird allerdings nur ein geringer Prozentsatz (10 %) tatsächlich suchtmmedizinisch betreut (102).

Zwischen den zu Alkoholabhängigkeit, Drogenkonsum oder Medikamentenabhängigkeit führenden sozialen Bedingungsgefügen bestehen teilweise große Unterschiede. So beeinflusst die Zugehörigkeit zu bestimmten Subgruppen der Bevölkerung häufig die Wahl der Droge, z.B. sind Inhalantienkonsumenten meist Jugendliche, während Kokainkonsum auch in höheren Schichten zu finden ist. Ferner führt der Konsum illegaler Drogen neben psychosozialen und körperlichen Schäden in vielen Fällen auch zu Delinquenz. Ein weiterer Unterschied ist das bedeutend höhere Suchtpotential der Rauschdrogen, die im Vergleich zu Alkohol, bei dem es nur in vergleichsweise wenigen Prozent zu echten Abhängigkeitsentwicklungen kommt, schon innerhalb weniger Monate bis Jahre zu schweren Abhängigkeiten führen.

Während Alkoholprobleme jedes Lebensalter betreffen, beginnt Drogenkonsum meist im Jugendalter, im Rahmen der sog. „peer-group“. Dennoch wird Drogenabhängigkeit jüngst zunehmend in höheren Altersgruppen beobachtet, wobei es sich zumeist um trotz der stark erhöhten Mortalität Drogenabhängiger gealterte „Junkies“, teils aber auch um Späteinsteiger handelt (142).

Die Zahl der Konsumenten harter Drogen in Deutschland wird auf 200.000-300.000 geschätzt, wobei das Bundeskriminalamt einen oberen Richtwert von 275.000 angibt (68, 120). Seit 1985 ist in Deutschland zudem eine Zunahme des Drogenproblems zu verzeichnen (142).

Illegale Drogen werden insgesamt eher von Jugendlichen eingenommen und Cannabis ist mit deutlichem Abstand vor Amphetaminen und Ecstasy sowie Kokain die meistkonsumierte Substanz (83). Hier ist die Komorbidität von Cannabiskonsum mit affektiven Störungen, Angststörungen und schizophrenen Psychosen und die durch Cannabis erhöhte Gefahr an einer Schizophrenie zu erkranken bzw. deren Manifestation vorzuverlegen zu bedenken (22, 24, 35, 59). Wenn auch Cannabis und andere Substanzen wie Psychostimulantien und Psychodelika mittlerweile zahlenmäßig häufiger konsumiert werden, so wird dennoch von 180.000 Opiatabhängigen in Deutschland ausgegangen (83, 142). Ihre Zahl ist folglich in den 90er Jahren leicht gestiegen, wobei es sich in Deutschland zumeist um Heroinkonsumenten handelt (60). Da die BADO eine Analyse der Zugehörigkeit zu den einzelnen F1-Untergruppen ermöglicht, kann anhand dieser Arbeit das Zutreffen dieser Daten auf das BKH Augsburg und ihre Entwicklung im hier untersuchten 5-Jahreszeitraum überprüft werden.

Zur Pharmakotherapie stehen je nach Substanz und Therapiephase verschiedene Präparate zur Verfügung. Allgemein ist der Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit angesichts der hohen Rückfallraten von 40-60 % in den ersten zwei Jahren sicher eine bedeutende Rolle zuzuschreiben (102). Da Disulfiram (Antabus) oder ähnliche Medikamente den Nachteil des Auftretens von Unverträglichkeitsreaktionen bei gleichzeitigem Alkoholkonsum mit sich bringen, wurden neuere Antidipsotropika („anti-craving“- Substanzen) entwickelt, die in der Lage sind, das Alkoholverlangen („craving“) oder neurochemische Veränderungen, die diesem zugrunde liegen könnten zu vermindern (141). In Deutschland ist bisher in dieser Indikation nur das Acamprosat (z.B. Campral ®) zugelassen, während in anderen EU-Staaten und den USA zusätzlich auch Naltrexon verwendet werden kann. Kiefer et al. berichten für eine Kombination dieser Präparate über eine zusätzliche Steigerung der Abstinenzrate um 10-20 % gegenüber den Einzelsubstanzen (79).

In der Therapie der Opiatabhängigkeit unterscheidet man die abstinenzorientierte Behandlung, d.h. Entzug und Entwöhnung von der Substitutionsbehandlung. Bei der Entzugstherapie kommen neben Methadon und Buprenorphin, Clonidin, sedierende Antidepressiva und nicht-steroidale Antirheumatika sowie ambulant unterstützend Naltrexon zum Einsatz. Im Bereich der Opiatsubstitution besteht als Alternative zu Methadon die Möglichkeit einer Buprenorphinsubstitution (102).

1.5. Fragestellung der Studie

Obwohl die DGPPN-BADO (Basisdokumentation) bereits seit den 90er Jahren in zahlreichen psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Gebrauch ist, liegen für den deutschsprachigen Raum bisher nur wenige Studien wie diese vor, die sich mit der Analyse der durch sie gewonnenen Datenmenge befassen. Die Bedeutung der vorliegenden Arbeit liegt somit darin, diesen bisher meist nur archivierten Informationspool als Mittel der Qualitätssicherung zu analysieren und für den Klinikalltag im Sinne seiner Hauptfunktion der Qualitätssicherung und -verbesserung nutzbar zu machen. In der vorliegenden Arbeit sollen die über einen 5-Jahreszeitraum gewonnenen Daten analysiert werden, um so einen Längsschnitt erfassen und Veränderungen desselben über den Beobachtungszeitraum darstellen zu können. Dies erfolgt im Rahmen einer retrospektiv deskriptiven Darstellung und Auswertung der hier relevanten mittels der BADO gewonnenen Datenmenge eines großen psychiatrischen Versorgungskrankenhauses am Beispiel des Bezirkskrankenhauses (BKH) Augsburg mit 260 vollstationären und 30 teilstationären Behandlungsplätzen im Beobachtungszeitraum 1999 bis 2003.

Das Ziel dieser Studie ist es, anhand der gefundenen Ergebnisse als Grundlage für die Etablierung eines Qualitätssicherungsstandards zu dienen, der die Planung und Beurteilung des therapeutischen Vorgehens vereinfachen soll. Darüber hinaus stellt sie eine a-priori-Analyse dar, die als Basis für weitere Auswertungen dienen soll.

2. MATERIAL UND METHODEN

Im Jahr 1999 wurde, wie in zahlreichen anderen psychiatrischen Versorgungskrankenhäusern Deutschlands, die von Cording und Mitarbeitern entwickelte und von der DGPPN empfohlene BADO (BasisDOkumentation) in psychiatrischen Kliniken in vollem Umfang (mehr als 70 Variablen) im Bezirkskrankenhaus Augsburg eingeführt, nachdem eine weniger Items enthaltende Version bereits seit dem Jahr 1991 verwendet worden war (32, 33).

Am BKH Augsburg besteht die BADO aus insgesamt 66 Items. Diese werden für jeden individuellen Patienten in einem Aufnahme- (31 Items bei der Aufnahme) und einem Entlassungsbogen (35 Items bei der Entlassung) erfasst (Stand 2003), der im günstigsten Fall am jeweiligen Tag vom behandelnden Stations- bzw. Assistenzarzt ausgefüllt wird.

Alle BADO-Bögen werden im Anschluss an die Datengenerierung durch die Assistenten zusätzlich vom jeweiligen Oberarzt der einzelnen Stationen gegenkontrolliert.

Die Gütekriterien für Datenerfassungsinstrumente sind in der im BKH angewandten BADO daher weitgehend erfüllt, da Validität und Reliabilität der generierten Daten durch die oben erwähnte Nachkontrolle optimiert werden. Zudem finden im BKH zahlreiche Schulungen zur und Überarbeitungen der BADO statt. Die Vollständigkeit der erhaltenen Daten ist durch die Antwortmöglichkeiten „unbekannt/unklar“ und „keine Eingabe“ gesichert. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass die mittels der BADO erhaltenen Daten von einer ausreichenden Güte sind. Zudem liefert die DGPPN-Kompatibilität und weite Verbreitung in Deutschland die Möglichkeit der Nutzung der gewonnenen Informationen zu externen Klinikvergleichen.

All diese Daten werden schließlich zum Zweck der Archivierung und Zusammenfassung von einer medizinischen Dokumentationsassistentin datentechnisch (Computer) erfasst, wobei sowohl die Prozent- wie auch die Fallzahlen dokumentiert werden. Das modulare BADO-System ist so konzipiert, dass es für alle computerisierten Auswertungen klinischer Patientendaten genutzt werden kann, was weitergehende Schritte erleichtert (33).

Dieser Arbeit liegen die für den Zeitraum von 1999 bis 2003 mittels der BADO erfassten Daten der im Bezirkskrankenhaus Augsburg (260 vollstationäre und 30 teilstationäre Betten) stationär und teilstationär behandelten Patientenfälle zugrunde. So können Veränderungen oder Tendenzen über einen 5-Jahreslängsschnitt dargestellt werden.

Da die BADO zahlreiche Items enthält, die Mehrfachnennungen pro Patientenfall ermöglichen bzw. unumgänglich machen (z.B. die Fragen nach den während des Aufenthalts sowie bei der Entlassung verordneten Psychopharmaka), wird in diesen Fällen zusätzlich zwischen Prozent der Fälle und Prozent der Patienten unterschieden. Diese Arbeit beschränkt sich auf die Beschreibung der Prozentzahl bezogen auf die Anzahl der Fälle. Bei ausgewählten Items wie „A9 Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung“, „ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit“, „A18 Jemals Suizidversuch“, „A19 Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“, „A21 Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“, „UAW (unerwünschte Arzneimittelwirkungen), „E11 Suizidversuch während des stationären Aufenthalts“, „E12 Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts“ und „E14 Fixierungen“ wurde angesichts der großen Relevanz sowie der häufig sehr geringen Prozentzahlen, zusätzlich oder ausschließlich die Absolutzahl der Fälle in die Betrachtung eingeschlossen. Je nach gewünschter Information besteht die Möglichkeit, aus dem sehr umfangreichen Datenpool der BADO Einzelgruppen o.ä. herauszufiltern. Um den Umfang der vorliegenden

Arbeit in einem angemessenen Rahmen zu halten, wurden nicht alle in der BADO enthaltenen Items beschrieben, sondern in Abwägung der Relevanz folgende ausgewählt:

- ICD-10-Gruppe,
- A1 „Aufnahmegrund/Rechtsgrundlage“,
- A2 „Ärztliche Einweisung/Empfehlung“,
- A4 „Wohnsituation vor Aufnahme (1. Wohnsitz)“,
- A5 „Lebt zusammen mit (vor Aufnahme)“,
- A6 „Höchster erreichter Schulabschluss“,
- A8 „Jetzige berufliche Situation“,
- A9 „Jahr der ersten (teil-)stationären psychiatrischen Behandlung überhaupt“,
- ZA13 „Alter bei erster psychischer Auffälligkeit“,
- A14 „Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (geschätzt)“,
- A15 „Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation“,
- ZA15 „Art des zur Aufnahme führenden Zustandes“,
- A18 „Jemals Suizidversuch“,
- A19 „Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“,
- A21 „Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“,
- E4/17 „Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts/Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung“,
- E5 „Probleme bei der Psychopharmakotherapie (Absetzen und/oder Zusatztherapie erforderlich)“ bzw. „UAW“,
- E11 „Suizidversuch während des stationären Aufenthalts“,
- E12 „Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts“,
- E14A „Fixierungen“,
- „Verweildauer nach Gruppen“.

In Folge der BADO-Revision wurden am BKH Augsburg seit dem zweiten Halbjahr 2001 einige Items in veränderter Form oder zusätzlich zu den ursprünglich vorhandenen erfasst. So mussten die zahlreichen Neuentwicklungen im Bereich der Psychopharmaka (z.B. atypische Antipsychotika, SSRI, andere moderne Antidepressiva, Benzodiazepin-Agonisten etc.) sowie des therapeutischen Vorgehens (Dosierung etc.) durch eine differenziertere Auflistung der einzelnen Präparate berücksichtigt werden. Außerdem sollte diese Maßnahme zur Beseitigung bis zu diesem Zeitpunkt erkannter Schwächen der BADO wie beispielsweise der bis zum Jahr 2001 ungenügenden, weil zu wenig differenzierten, Fragestellung nach im Verlauf der stationären Psychopharmakotherapie möglicherweise aufgetretenen Problemen dienen. Hierzu wurde das zusätzliche Item „UAW“ (Unerwünschte Arzneimittelwirkungen) in die BADO eingefügt. Zudem wurde die Frage nach Suizidversuchen vor der Aufnahme (A18) in „unmittelbar vor der Aufnahme“ und „jemals früher“ differenziert. Die letzteren beiden Änderungen wurden in der vorliegenden Arbeit in die Tabellen und Darlegungen integriert. Demgegenüber fand die neue Art der Auflistung der Psychopharmaka keine Berücksichtigung. Es wurde

vielmehr ihre Zusammenfassung in die vor der Revision 2001 in den BADO-Bögen vorgegebenen Untergruppen gewählt.

Zudem kamen neben den Daten für alle jährlich erfassten Patientenfälle im Beobachtungszeitraum nur die die Gruppen F00-03, F10-19, F20-22 und F31-33 Betreffenden zur Auswertung, wohingegen für die anderen ICD-10-Gruppen auf eine differenzierte Darstellung verzichtet wurde.

Auf der Grundlage der Ausdrücke der jeweiligen Datenaufstellungen für die einzelnen Items getrennt nach Jahren erfolgte nunmehr die Zusammenfassung ihres Inhalts in tabellarischer Form. So enthält jede Tabelle zur Erleichterung einer Verlaufsbeurteilung der Werte die Prozentzahlen für die Unterpunkte des jeweiligen Items in den 5 ausgewählten Jahren (1999 bis 2003) sowie die jeweiligen 5-Jahresdurchschnittswerte.

Allgemein wurde eine retrospektiv deskriptive Darstellungsweise der aus der BADO für den Beobachtungszeitraum über die Jahre 1999 bis 2003 erhaltenen Informationsmenge gewählt. Im Ergebnisteil wurden die in diesem Zeitraum zu erkennenden Tendenzen und Trends beschrieben, wobei die Daten für alle Patienten sowie für die oben genannten Einzeldiagnosegruppen jeweils getrennt betrachtet wurden. Die Ergebnisse wurden schließlich zur Erueierung möglicher Unterschiede oder Gemeinsamkeiten zwischen den Diagnosegruppen in der Diskussion gegenübergestellt. Um dies zu erleichtern, wurden zusätzlich die jeweiligen 5-Jahresdurchschnittswerte in Prozent berechnet und in tabellarischer Form dargestellt. Von einer statistischen Auswertung der hier erzielten Ergebnisse wurde bisher abgesehen, weil diese Arbeit als Grundlage für künftige statistische Auswertungen dienen soll.

3. ERGEBNISSE

3.1. Alle Patienten

3.1.1. ICD-10-Gruppe - Alle Patienten

Hinsichtlich der Verteilung auf die einzelnen ICD-10-Gruppen ließ sich im hier erfassten Zeitraum Folgendes feststellen: Die überwiegende Zahl der aufgenommenen Patienten gehörte der Gruppe der „Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD-10 F1) an, gefolgt von Patienten mit „Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (ICD-10 F2). Es schloss sich die Patientengruppe mit der Diagnose „Affektive Störungen“ (ICD-10 F3) und schließlich diejenige mit „Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen“ an (ICD-10 F4). Höhere Werte ergaben sich ferner für Patienten mit „Organischen Störungen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen“ (ICD-10 F0) sowie für die Diagnosegruppe der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (ICD-10 F6). Die restlichen ICD-10-Gruppen waren mit eher geringen Prozentzahlen an der Zahl der aufgenommenen Patienten beteiligt.

Bezüglich der Veränderung der Werte über die erfassten Jahre ließ sich folgende Entwicklung beobachten: Die Aufnahmediagnose F0 wurde 2003 (n=4645) mit 5,91 % seltener gestellt als 1999 (n=2967) mit 8,6 %. Patienten aus der Gruppe F1 nahmen im Laufe der Jahre von 37,72 % im Jahr 1999 auf 46,78 % im Jahr 2003 zu, wobei 2001 (n=4249) ein Maximum von 47,78 % zu verzeichnen war. Ein Rückgang der Aufnahmen ließ sich hingegen bei den Gruppen F2 (23,45 % 1999 bzw. 16,1 % 2003) sowie F4 (11,38 % 1999 bzw. 8,77 % 2003) beobachten. Die Zahl der Patienten der Diagnosegruppe F3 blieb im Gesamtverlauf mit 13,75 % 1999 bzw. 14,16 % 2003, trotz Durchlaufen eines Tiefwerts von 11,72 % im Jahr 2001, relativ konstant. Ebenfalls relativ stabil verhielten sich mit 4,04 % 1999 bzw. 3,74 % 2003 die Werte für die Gruppe F6, wobei hier im Jahr 2000 (n=3474) ein Maximalwert von 5,05 % erreicht wurde. Die Werte für die restlichen Diagnosegruppen blieben im Beobachtungszeitraum ebenfalls relativ konstant. Die Zahl der nicht erfolgten Eingaben zu dieser Fragestellung stieg hingegen von 0 % im Jahr 1999 auf 3,68 % im Jahr 2003. (s. Tab. 1)

ICD-10-Gruppe (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
F00	3,54	3,43	3,34	3,3	2,6	3,24
F01	1,99	1,84	1,79	1,3	1,03	1,59
F02	0,27	0,26	0,16	0,36	0,11	0,23
F03	0,27	0,35	0,05	0,11	0,13	0,18
F04	0	0,06	0	0,02	0	0,02
F05	0,64	0,72	0,8	1,02	0,73	0,78
F06	1,38	1,53	1,27	0,96	0,97	1,22
F07	0,51	0,63	0,61	0,43	0,34	0,5
F09	0	0,03	0,07	0	0	0,02
F10	35,19	33,42	31,12	30,97	30,31	32,2

ICD-10-Gruppe (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
F11	0,27	2,5	5,32	5,45	6,72	4,05
F12	0,03	0,03	0,07	0,13	0,22	0,1
F13	0,47	0,49	0,61	0,3	0,73	0,52
F14	0	0	0,05	0,02	0,04	0,02
F15	0,07	0,06	0,02	0,06	0,02	0,05
F16	0	0	0,02	0	0,06	0,02
F17	0	0	0	0,02	0	0,004
F18	0,27	0,03	0	0	0	0,06
F19	1,42	4,17	10,57	9,73	8,68	6,91
F20	18,54	16,9	14,5	15,2	13,11	15,65
F21	0,13	0,14	0,09	0,06	0,06	0,1
F22	0,74	0,95	0,66	0,6	0,43	0,68
F23	1,04	0,83	0,82	0,98	0,8	0,89
F24	0,1	0	0,02	0	0,02	0,03
F25	2,9	2,56	2,54	2,6	1,68	2,46
F28	0	0,06	0,02	0	0	0,02
F30	0,27	0,14	0,19	0,26	0,04	0,18
F31	3,4	2,19	1,48	2,72	2,15	2,39
F32	5,83	5,27	4,03	4,21	5,06	4,88
F33	3	4,2	5,27	5,49	6,33	4,86
F34	1,25	1,07	0,73	0,6	0,58	0,85
F39	0	0	0,02	0	0	0,004
F40	0,17	0,14	0,19	0,15	0,02	0,13
F41	1,04	0,92	0,64	0,57	1,05	0,84
F42	0,3	0,49	0,31	0,43	0,26	0,36
F43	8,66	7,6	7,04	6,13	6,82	7,25
F44	0,3	0,35	0,21	0,34	0,17	0,27
F45	0,88	0,49	0,35	0,74	0,45	0,58
F48	0,03	0,06	0,02	0,02	0	0,03
F50	0,27	0,29	0,19	0,11	0,28	0,23
F51	0	0	0	0,02	0,02	0,01
F53	0	0,03	0,02	0	0,02	0,01
F55	0	0	0	0,02	0	0,004
F60	3,54	4,12	3,67	3,3	3,42	3,61
F61	0,3	0,69	0,35	0,49	0,26	0,42
F62	0,07	0	0	0,02	0,06	0,03

ICD-10-Gruppe (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
F63	0,07	0,09	0	0,02	0	0,04
F64	0	0,06	0	0,02	0	0,02
F65	0,03	0,03	0	0,02	0	0,02
F68	0,03	0,06	0,02	0	0	0,02
F70	0,37	0,37	0,19	0,19	0,41	0,31
F71	0,24	0,17	0,05	0,04	0,02	0,1
F72	0,03	0,12	0,02	0	0,02	0,04
F78	0	0	0	0,02	0	0,004
F79	0,03	0,09	0,05	0,09	0	0,05
F80	0	0	0,05	0	0	0,01
F84	0	0	0	0	0,02	0,004
F90	0	0	0,09	0,02	0,02	0,03
F91	0,1	0	0,05	0	0	0,03
F92	0	0	0,07	0	0	0,01
F93	0	0	0	0,02	0	0,004
F95	0	0	0,02	0,04	0	0,01
keine Eingabe	0	0	0,16	0,28	3,68	0,82

(Tab. 1 „ICD-10-Gruppe“)

3.1.2. „Aufnahmegrund“/Rechtsgrundlage

Bei Betrachtung der Rechtsgrundlage der Aufnahme überwog der Anteil von Patienten, die sich freiwillig an das Bezirkskrankenhaus wandten. Hier ließ sich darüber hinaus eine Zunahme des Anteils an den jährlichen Aufnahmen von 71,45 % 1999 (n=2967) auf 75,8 % 2003 (n=4645) beobachten, wobei im Jahr 2002 (n=4698) ein Höchstwert von 77,95 % erreicht wurde. Gleichzeitig zeigte sich die Zahl der freiwillig bei Betreuung aufgenommenen Patienten rückläufig von 14,46 % im Jahr 1999 auf 10,59 % im Jahr 2003. Von 1,49 % 1999 bzw. 1,73 % 2000 (n=3474) auf 0,62 % 2003 ging ferner auch der Anteil an als freiwillig nach Polizeieinweisung bzw. im Sinne einer Notaufnahme bezeichneten Aufnahmegründen zurück. Vergleichsweise häufig wurden Patienten gemäß Art. 9 UbG und § 70 FGG (vorläufige Unterbringung) bzw. Art. 10/2 UbG („Polizeibericht“ hier bestätigt) bzw. Art. 10/1 UbG (Beschluss der Kreisverwaltungsbehörde) bzw. Unterbringungsgesetzen anderer Länder aufgenommen, wobei hier ein Rückgang von 9,81 % 1999 auf 7,62 % 2003 zu verzeichnen war. Die Zahl der aufgrund von Art. 10/4 UbG (Leiter der Einrichtung) weiterbehandelten Patienten nahm im Gesamtverlauf, nach einem zwischenzeitlichen Anstieg auf 0,61 % 2001 (n=4249), mit 0,3 % im Jahr 1999 bzw. 0,09 % im Jahr 2003 ebenfalls ab. Auch die ausgehend von einem Beschluss nach §§ 1906, 1846 BGB erfolgten Aufnahmen ließen, trotz eines zwischenzeitlich erreichten Höchstwerts von 2,52 % im Jahr 2001, einen Rückgang von 2,08 % 1999 auf 1,29 % 2003 verzeichnen. Sonstige Aufnahmegründe wurden im hier erfassten Zeitraum hingegen mit 0,39 % 1999 bzw. 3,98 % 2003 etwas häufiger angegeben. (s. Tab. 2)

A1 „Aufnahmegrund“/ Rechtsgrundlage (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
freiwillig	71,45	72,63	76,11	77,95	75,8	74,79
freiwillig bei Betreuung	14,46	14,08	11,01	10,77	10,59	12,18
freiwillig nach Polizeieinweisung bzw. "Notaufnahme" (Beschluss gem. §§ 1846, 1906 angeregt)	1,49	1,73	1,62	1,4	0,62	1,37
Beschluss nach §§ 1906,1846 BGB beantragt bzw. liegt vor	2,08	1,93	2,52	1,34	1,29	1,83
Art. 9 UbG und § 70 FGG bzw. Art.10/2 UbG bzw. Art.10/1 UbG bzw. UbG anderer Länder	9,81	8,67	7,83	7,72	7,62	8,33
Art. 10/4 UbG (Leiter der Einrichtung)	0,3	0,6	0,61	0,17	0,09	0,35
sonstiges = Beschl. nach § 1631b (Kind), Minderjährige m. Zust. der Eltern, §§ 81,83 StPO bzw. § 126 a StPO bzw. UvollzO / StPO bzw. §68b, Abs.4 FGG bzw. § 63 StGB	0,39	0,38	0,47	0,63	3,98	1,17

(Tab. 2 „A1 „Aufnahmegrund“/Rechtsgrundlage“)

3.1.3. Ärztliche Einweisung/Empfehlung

Bezüglich der zur Aufnahme führenden ärztlichen Einweisung bzw. Empfehlung ließ sich ein deutlich höherer Prozentsatz der Einweisungen aus dem ambulanten gegenüber dem stationären Bereich feststellen. So begab sich der Großteil der Patienten ohne ärztliche Einweisung in Behandlung, wobei hier mit 39,04 % im Jahr 1999 (n=2967) bzw. 51,06 % im Jahr 2003 (n=4645) eine deutlich steigende Tendenz zu verzeichnen war. Ärztliche Einweisungen seitens Praktischer, Allgemein- oder sonstiger Ärzte gingen hingegen, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 14,89 % im Jahr 2001 (n=4249), von 13,97 % 1999 auf 8,05 % 2003 zurück. Auch Einweisungen durch niedergelassene Psychiater, Nervenärzte oder Psychotherapeuten nahmen von 13 % im Jahr 1999 auf 10,28 % im Jahr 2003 ab. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 10,03 % 1999 bzw. 4,31 % 2003 für von Notärzten bzw. ärztlichen Notdiensten ausgesprochene Empfehlungen verzeichnen. Die Zahl der Einweisungen seitens der eigenen Ambulanz blieb hingegen mit 6,78 % 1999 bzw. 6,72 % 2003 im Gesamtverlauf, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf ein Maximum von 10,07 % im Jahr 2002 (n=4698), unverändert.

Bei den ärztlichen Einweisungen aus dem stationären Bereich zeigten nur die aus dem Zentralklinikum Augsburg einen höheren Anteil an der Gesamtzahl der Aufnahmen, wobei hier, trotz eines leichten Anstiegs auf 10,64 % im Jahr 2001, mit 9,29 % 1999 bzw. 9,12 % 2003 relativ stabile Werte zu verzeichnen waren. Die Zahl der aus dem vollstationären Bereich der eigenen Klinik erfolgten Empfehlungen stieg hingegen leicht von 1,87 % 1999 auf 2,51 % 2003 an. Auch für Einweisungen seitens der eigenen Tagklinik ließ sich eine leichte Zunahme von 0,37 % 1999 auf 1,14 % 2003 beobachten. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich, trotz eines

zwischenzeitlichen Rückgangs auf 0,21 % im Jahr 2002, mit 1,37 % 1999 bzw. 3,65 % 2003 für die Zahl unterlassener Eingaben zu dieser Fragestellung. Eine Abnahme von 0,87 % 1999 bzw. 1 % 2000 auf 0,34 % 2003 ließ sich hingegen für die Zahl der Einweisungen seitens anderer psychiatrischer Kliniken verzeichnen. Mit 1,7 % 1999 bzw. 1,42 % 2003 waren auch die Werte für Empfehlungen durch nicht psychiatrisch tätige Krankenhäuser rückläufig. Ärztliche Einweisungen durch andere Stellen zeigten geringere und relativ stabile Werte. (s. Tab. 3)

A2 Ärztliche Einweisung/Empfehlung (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
aus dem ambulanten Bereich:						
ohne ärztliche Einweisung	39,04	43,47	43,07	46,96	51,06	44,72
Praktischer Arzt, Allgemeinarzt, sonstiger Arzt	13,97	14,23	14,89	9,39	8,05	12,11
niedergel.Psychiater/Psychotherapeut	13	10,6	10,37	10,3	10,28	10,91
eigene Ambulanz	6,78	7,17	7,76	10,07	6,72	7,7
andere psychiatr./ nicht psychiatr. Ambulanz	0,43	0,29	0,46	0,81	0,37	0,47
Notarzt/ärztlicher Notdienst	10,03	6,46	4,94	5,44	4,31	6,24
sozialpsychiatrischer Dienst, GA Arzt anderer öffentlicher Stellen	0,91	0,97	0,63	1,01	0,73	0,85
aus dem stationären Bereich:						
psychiatrische Tagklinik/Nachtklinik	0,23	0,17	0,75	0,11	0,15	0,28
andere psychiatr. Klinik, BKH Kaufbeuren bzw. BKH Günzburg	0,87	1	0,79	0,66	0,34	0,73
eigene Klinik (vollstationär)	1,87	2,09	2,45	2,48	2,51	2,28
eigene Klinik - Tagklinik	0,37	0,4	1,09	0,95	1,14	0,79
Zentralklinikum	9,29	10,31	10,64	10,07	9,12	9,89
psychosomat./psychotherapeut.Klinik bzw. stationäre Einrichtung für Suchtkranke	0,13	0,12	0,12	0,19	0,15	0,14
nicht-psychiatrisches Krankenhaus	1,7	1,6	1,58	1,35	1,42	1,53
keine Eingabe	1,37	1,14	0,47	0,21	3,65	1,37

(Tab. 3 „A2 Ärztliche Einweisung/Empfehlung“)

3.1.4. Wohnsituation vor Aufnahme

Vor der Aufnahme fiel vor allem der hohe Anteil an in Privatwohnungen bzw. Wohngemeinschaften lebenden Patienten auf, wobei hier allerdings ein Rückgang von 87,98 % im Jahr 1999 (n=2967) auf 85,25 % im Jahr 2003 (n=4645) zu verzeichnen war. Die Zahl der betreut Wohnenden war dementsprechend eher gering.

Hinsichtlich einer möglichen Veränderung über die Jahre zeigte sich ein leichter Anstieg der Zahl der Patienten ohne festen Wohnsitz von 2,22 % im Jahr 1999 auf 3,88 % im Jahr 2003. Auch sonstige Wohnsituationen waren

mit 1,84 % 1999 bzw. 4,03 % 2003 zunehmend zu beobachten. Von 2,16 % 1999 auf 1,77 % 2003 ging hingegen die Zahl der in therapeutischen Heimen lebenden Patienten zurück. Auch der Anteil der in Altenheimen Wohnhaften nahm im erfassten Zeitraum von 2,96 % 1999 bzw. 3,89 % 2000 (n=3474) auf 2 % im Jahr 2003 ab. Die Werte für in betreutem Einzelwohnen bzw. in Wohngruppen Lebende blieben hingegen, trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 1,64 % im Jahr 2002 (n=4698), insgesamt mit 2,05 % 1999 bzw. 2,13 % 2003 unverändert. Anderweitige größere Schwankungen waren nicht zu beobachten. (s. Tab. 4)

A4 Wohnsituation vor Aufnahme (1. Wohnsitz) (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
Privatwohnung, auch WG	87,98	87,36	86,54	87,99	85,25	87,02
betreutes Einzelwohnen/Wohngruppe	2,05	2,13	2,35	1,64	2,13	2,06
therapeutisches/psych.Heim, gerontopsych.Heim etc.	2,16	2,42	2,45	2,17	1,77	2,19
Altenheim, -wohnheim, -pflegeheim	2,96	3,89	3,32	2,89	2	3,01
sonstiges nicht-therapeut. Heim	0,77	0,66	0,99	0,68	0,93	0,81
ohne festen Wohnsitz	2,22	1,7	3,1	3,9	3,88	2,96
sonstige	1,84	1,84	1,25	0,72	4,03	1,94

(Tab. 4 „Wohnsituation vor Aufnahme (1. Wohnsitz)“)

3.1.5. Lebt zusammen mit

Die Frage, mit wem die Patienten vor ihrer Aufnahme zusammenwohnten, ergab folgendes Bild: Jeweils etwa ein Drittel der Patienten wohnte entweder allein oder zusammen mit einem (Ehe-)Partner. Mit einem Anteil von etwa 13 % folgten Patienten, die mit ihren Kindern zusammenlebten, mit 6-10 % diejenigen, die bei den Eltern wohnten. Betreut wohnten etwa 6 % der aufgenommenen Patienten. Anderweitige Wohnpartner ließen sich mit entsprechend geringem Anteil an der Gesamtpatientenzahl beobachten.

Hinsichtlich eventueller Veränderungen der Werte war ein Rückgang bei den allein in Privatwohnung Lebenden von 35,19 % 1999 (n=2967) auf 30,49 % 2003 (n=4645) zu verzeichnen. Auch die Zahl der in Institutionen bzw. betreut wohnenden Patienten nahm, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf ein Maximum von 7,4 % im Jahr 2001 (n=4249), von 6,33 % 1999 auf 5,5 % 2003 ab. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 13,19 % 1999 bzw. 11,14 % 2003 sowie einem Höchstwert von 14,26 % im Jahr 2000 (n=3474) für den Anteil der bei den Kindern Lebenden beobachten. Die Werte für bei den Eltern Wohnhafte nahmen hingegen von 6,98 % 1999 auf 9,83 % 2003 zu. Auch die Zahl der bei den Geschwistern lebenden Patienten stieg von 1,71 % 1999 auf 2,47 % 2003 an. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich mit 1,39 % 1999 bzw. 1,88 % 2003 für bei Bekannten Wohnhafte, wobei im Jahr 2001 ein Maximum von 2,07 % durchlaufen wurde. Auch Patienten ohne festen Wohnsitz waren mit 1,92 % 1999 bzw. 3,32 % 2003 zunehmend häufig zu beobachten. Ferner nahm auch der Anteil sonstiger Lebenspartner von 1,65 % 1999 auf 3,75 % 2003 zu. Die Zahl der mit dem Ehepartner zusammenlebenden Patienten blieb hingegen mit 30,69 % 1999 bzw. 30,64 % 2003, trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 28,47 % im Jahr 2000, im Gesamtverlauf unverändert. Die übrigen Werte verhielten sich über den erfassten Zeitraum relativ stabil. (s. Tab. 5)

A5 Lebt zusammen mit (vor Aufnahme) (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
allein in Privatwohnung	35,19	33,5	31,81	31,7	30,49	32,54
in Institution oder betreutem Wohnen	6,33	7,34	7,4	6,04	5,5	6,52
Eltern(teil)	6,98	9,65	9,96	9,45	9,83	9,17
(Ehe-)Partner	30,69	28,47	28,54	29,38	30,64	29,54
Kind(ern)	13,19	14,26	13,3	13,8	11,14	13,14
Schwester/Bruder	1,71	1,69	1,92	2,23	2,47	2
anderen Verwandten	0,95	0,6	0,8	0,95	0,97	0,85
Bekanntes, Wohngemeinschaft, o.ä.	1,39	1,56	2,07	2	1,88	1,78
ohne festen Wohnsitz	1,92	1,51	2,62	3,39	3,32	2,55
sonstige	1,65	1,44	1,58	1,06	3,75	1,9

(Tab. 5 „A5 Lebt zusammen mit (vor Aufnahme)“)

3.1.6. Höchster erreichter Schulabschluss

Die Betrachtung des höchsten von den Patienten erreichten Schulabschlusses ließ ein leichtes Überwiegen der an der Hauptschule erworbenen Abschlüsse erkennen, wobei hier der Anteil ohne Qualifizierenden Abschluss um etwa 10 % höher lag. Mittlere Reife bzw. einen Abschluss der polytechnischen Oberschule besaßen in etwa gleich viele wie ein (Fach-)Abitur (jeweils ca. 12 %). Die Sonderschule besuchten mit ca. 2 % wenige Patienten, wohingegen vergleichsweise viele keinen Schulabschluss erworben hatten. Ferner fiel der prozentual relativ hohe Anteil von unbekanntem bzw. ungenanntem Schulbildungssituationen auf.

In den erfassten Jahren ließ sich ein Rückgang der Patienten ohne Schulabschluss von 8,9 % im Jahr 1999 (n=2967) auf 5,25 % im Jahr 2003 (n=4645) verzeichnen. Auch die Zahl der Patienten mit Sonderschulabschluss nahm leicht von 2,66 % 1999 auf 1,7 % 2002 (n=4698) bzw. 2,13 % 2003 ab. Der Anteil der (Fach-)Abiturienten innerhalb dieser Patientengruppe war mit 14,05 % 1999 bzw. 12,25 % 2003 ebenfalls rückläufig. Trotz eines im Jahr 2000 (n=3474) erreichten Maximalwerts von 25,88 %, gingen ferner auch die Werte für Patienten mit unbekanntem Abschluss von 17,32 % im Jahr 1999 auf 12,51 % 2003 zurück. Die Zahl der Hauptschulabsolventen ohne Qualifizierenden Abschluss stieg hingegen von 26,86 % im Jahr 1999 auf 33,05 % im Jahr 2003 an. Mit 15,94 % 1999 bzw. 16,77 % 2003 ließ sich für Hauptschulabschlüsse mit Qualifizierendem Abschluss eine ähnliche Entwicklung beobachten, wobei hier im Jahr 2002 ein Maximum von 19,69 % durchlaufen wurde. Trotz eines anfänglichen Rückgangs auf 10,56 % im Jahr 2000, stieg ferner auch der Anteil der Patienten mit mittlerer Reife im Gesamtverlauf von 12,71 % 1999 auf 14,29 % 2003 an. Keine Eingabe erfolgte, abgesehen von einem zwischenzeitlich erreichten Tiefwert von 0,28 % 2002, mit 1,55 % 1999 bzw. 3,75 % 2003 ebenfalls zunehmend häufig. (s. Tab. 6)

A6 Höchster erreichter Schulabschluss (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
kein Abschluss	8,9	7,46	7,23	6,05	5,25	6,98
Sonderschulabschluss	2,66	1,7	2,1	1,7	2,13	2,06

A6 Höchster erreichter Schulabschluss (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
Hauptschulabschluss ohne Qualifizierenden Abschluss	26,86	24,61	31,84	30,5	33,05	29,37
Hauptschulabschluss mit Qualifizierendem Abschluss	15,94	15,83	16,59	19,69	16,77	16,96
Mittlere Reife/Polytechn. Oberschule	12,71	10,56	14,24	13,15	14,29	12,99
(Fach-)Abitur	14,05	12,84	12,21	12,66	12,25	12,8
unbekannt/unklar	17,32	25,88	15,25	15,96	12,51	17,38
keine Eingabe	1,55	1,12	0,54	0,28	3,75	1,45

(Tab. 6 „A6 Höchster erreichter Schulabschluss“)

3.1.7. Jetzige berufliche Situation

Die bei der Aufnahme aktuelle berufliche Situation der Patienten stellte sich wie folgt dar: Jeweils etwa ein Viertel der Patienten war berufstätig oder bezog eine reguläre bzw. Frührente.

Ferner zeigte die Zahl der arbeitslos Gemeldeten sowie der Sozialhilfeempfänger vergleichsweise hohe Werte, wobei hier in den erfassten Jahren ein Anstieg von 18,2 % im Jahr 1999 (n=2967) auf 28,22 % im Jahr 2003 (n=4645) bei den arbeitslosen bzw. von 5,06 % 1999 auf 10,23 % 2003 bei den auf Sozialhilfe angewiesenen Patienten zu beobachten war. Ein Rückgang von 20,9 % im Jahr 1999 auf 13,95 % im Jahr 2003 ließ sich hingegen für Patienten mit Vollzeittätigkeiten beobachten. Auch der Anteil der Altersrentenempfänger nahm im Verlauf der genannten Jahre von 15,57 % auf 12,08 % ab. Ferner ging die Zahl der Witwenrentner von 1,21 % 1999 bzw. 2,19 % 2000 (n=3474) auf 0,56 % 2003 zurück. Auch der Anteil nicht berufstätiger Hausfrauen bzw. -männer nahm von 5,59 % im Jahr 1999 auf 3,6 % im Jahr 2003 ab. Von 4,85 % 1999 bzw. 5,12 % 2000 ging zudem die Zahl der Patienten, die anderweitig ohne berufliche Beschäftigung waren, im Jahr 2003 auf 3,27 % zurück. Ebenfalls rückläufig waren mit 1,55 % 1999 bzw. 0,67 % 2003 die Werte für geschützt Beschäftigte. Trotz eines anfänglichen Anstiegs auf 14,62 % im Jahr 2000, blieb die Zahl der EU-/BU- bzw. Frührentner im Gesamtverlauf mit 13,38 % 1999 bzw. 13,26 % 2003 unverändert. Auch die Werte für gelegentlich Berufstätige verhielten sich, abgesehen von einem zwischenzeitlichen Rückgang auf 1,41 % im Jahr 2001 (n=4249), mit 1,92 % 1999 bzw. 1,96 % 2003 relativ stabil. Der Anteil unbekannter/unklarer Berufssituationen ging von 3,67 % 1999 auf 1,43 % 2002 (n=4698) bzw. 2 % 2003 zurück, wohingegen die Zahl unterlassener Eingaben - trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 0,23 % im Jahr 2002 - insgesamt von 1,42 % 1999 auf 3,66 % 2003 anstieg. Die restlichen Werte ließen keine größeren Schwankungen erkennen. (s. Tab. 7)

A8 Jetzige berufliche Situation (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
berufstätig, Vollzeit	20,9	20,93	18,47	18,43	13,95	18,54
berufstätig, Teilzeit	2,66	2,56	2,85	2,04	2,5	2,52
berufstätig, gelegentlich	1,92	2,07	1,41	1,45	1,96	1,76

A8 Jetzige berufliche Situation (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
mithelfender Familienangehöriger	0,2	0,32	0,16	0,15	0,24	0,21
Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	5,59	4,49	3,79	4,02	3,6	4,3
Ausbildung, Umschulung	3,54	3,2	3,22	3,64	3,75	3,47
Wehr-/Zivildienst/FSJ	0,27	0,09	0,05	0,04	0,06	0,1
beschützt beschäftigt	1,55	0,98	1,65	1,06	0,67	1,18
arbeitslos gemeldet	18,2	17,85	24,57	26,25	28,22	23,02
EU/BU/Frührente, R.verfahren	13,38	14,62	12,31	13,52	13,26	13,42
Altersrente/Pension	15,57	14,42	14,03	13,47	12,08	13,91
Witwen(r)-Rente	1,21	2,19	1,46	1,6	0,56	1,4
anderweitig ohne berufl. Beschäftigung	4,85	5,12	5,08	3,83	3,27	4,43
Sozialhilfeempfänger	5,06	6,65	7,3	8,83	10,23	7,61
unbekannt/unklar	3,67	3,37	3,2	1,43	2	2,73
keine Eingabe	1,42	1,15	0,45	0,23	3,66	1,38

(Tab. 7 „A8 Jetzige berufliche Situation“)

3.1.8. Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung

Hinsichtlich des Jahres der ersten (teil-)stationären Behandlung zeigte sich eine Akkumulation der erstmaligen Behandlungen in etwa auf die vergangenen 20 Jahre mit ansteigender Tendenz.

Ferner ist die Zahl der unterlassenen Eingaben zu diesem Punkt zu erwähnen, die in den Jahren 1999 (n=2967) mit 2573 bzw. 2001 (n=4249) mit 3050 Fällen relativ hoch lag, in der Folge allerdings auf 1047 im Jahr 2002 (n=4698) bzw. 1150 im Jahr 2003 (n=4645) zurückging. Für das Jahr 2000 (n=3474) lagen diesbezüglich keine Werte vor. (s. Tab. 8)

A9 Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung (n)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
1940	0	0	0	0	1	0,2
1942	1	0	0	4	0	1
1943	0	0	0	1	0	0,2
1944	0	1	0	0	0	0,2
1948	0	0	1	0	0	0,2
1949	0	0	0	4	2	1,2
1950	2	0	1	0	2	1
1953	0	1	1	2	0	0,8
1954	0	1	0	0	0	0,2
1955	0	1	0	0	0	0,2
1956	1	1	0	0	0	0,4
1957	1	0	0	0	0	0,2

A9 Jahr der ersten (teil-) stationären Behandlung (n)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
1959	1	0	0	1	5	1,4
1960	1	1	3	12	9	5,2
1961	2	0	1	2	0	1
1962	2	2	2	1	0	1,4
1963	1	0	0	1	5	1,4
1964	1	2	1	3	3	2
1965	2	1	1	10	5	3,8
1966	3	1	0	1	2	1,4
1967	2	1	1	1	2	1,4
1968	2	0	2	5	4	2,6
1969	1	1	4	5	1	2,4
1970	5	5	4	14	14	8,4
1971	1	0	2	2	3	1,6
1972	1	1	1	6	9	3,6
1973	3	2	4	7	14	6
1974	6	1	3	5	12	5,4
1975	0	7	11	6	11	7
1976	2	3	1	5	16	5,4
1977	2	2	4	12	7	5,4
1978	4	1	1	10	11	5,4
1979	3	1	2	17	26	9,8
1980	10	15	23	38	24	22
1981	4	5	13	19	19	12
1982	9	7	14	23	13	13,2
1983	2	10	13	20	15	12
1984	8	6	9	35	27	17
1985	9	9	16	24	24	16,4
1986	3	6	12	28	21	14
1987	9	7	10	25	23	14,8
1988	14	5	14	41	34	21,6
1989	15	10	20	50	29	24,8
1990	11	18	25	72	80	41,2
1991	11	10	21	57	44	28,6
1992	11	13	25	90	61	40
1993	7	13	30	42	53	29
1994	8	16	26	86	51	37,4
1995	19	23	42	112	115	62,2

A9 Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung (n)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
1996	16	27	55	131	129	71,6
1997	16	27	58	120	120	68,2
1998	38	32	52	131	124	75,4
1999	34	40	93	177	142	97,2
2000	0	38	103	228	176	109
2001	0	0	449	384	237	214
2002	0	0	5	1576	328	381,8
2003	0	0	2	5	1437	288,8
2004	0	0	0	0	5	1
unbekannt/unklar	90	62	18	0	0	34
keine Eingabe	2573	0	3050	1047	1150	1564

(Tab. 8 „A9 Jahr der ersten (teil-)stationären psychiatrischen Behandlung überhaupt“)

3.1.9. Alter bei erster psychischer Auffälligkeit

Die Frage nach dem Alter bei erster psychischer Auffälligkeit wurde in einer relativ großen Zahl der Fälle mit unbekannt bzw. unklar beantwortet. Der Anteil dieses Wertes an der Gesamtfallzahl war anfangs vergleichsweise konstant, stieg im Jahr 2003 aber an.

Unter den restlichen Nennungen gehörte die deutlich höchste Patientenzahl bei erster Auffälligkeit der Altersgruppe der etwa 15-30jährigen an. Weitere Akkumulationen zeigten sich, wenn auch mit geringeren Spitzen in den Altersgruppen der 40-50jährigen sowie der 60jährigen. (s. Tab. 9)

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
10	12	16	14	13	19	14,8
11	2	8	7	23	32	14,4
12	9	25	42	58	56	38
13	20	34	110	99	108	74,2
14	38	57	128	145	128	99,2
15	50	95	219	242	213	163,8
16	62	86	189	180	180	139,4
17	37	58	113	90	105	80,6
18	107	129	171	220	145	154,4
19	62	54	75	90	84	73
20	212	292	279	233	216	246,4
21	33	33	35	88	48	47,4
22	47	66	84	82	63	68,4
23	53	45	58	85	66	61,4

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
24	44	53	55	75	55	56,4
25	137	162	154	143	111	141,4
26	25	46	41	76	39	45,4
27	42	39	57	89	50	55,4
28	40	44	59	76	47	53,2
29	35	28	27	44	38	34,4
30	185	166	170	204	170	179
31	21	14	18	24	26	20,6
32	28	41	36	73	48	45,2
33	38	31	35	60	46	42
34	20	36	33	44	26	31,8
35	74	72	111	104	73	86,8
36	26	28	26	58	33	34,2
37	36	29	33	45	36	35,8
38	34	30	21	31	35	30,2
39	38	28	23	39	15	28,6
40	101	99	91	99	95	97
41	43	26	16	28	9	24,4
42	27	30	25	27	42	30,2
43	21	21	25	24	27	23,6
44	26	16	23	27	22	22,8
45	48	34	31	38	44	39
46	12	16	11	20	19	15,6
47	13	15	15	23	27	18,6
48	8	13	14	21	14	14
49	10	14	26	27	10	17,4
50	51	42	66	55	52	53,2
51	11	11	7	24	16	13,8
52	18	13	13	31	23	19,6
53	11	11	11	32	11	15,2
54	14	9	13	6	16	11,6
55	19	19	23	18	30	21,8
56	11	15	14	8	10	11,6
57	12	10	7	11	8	9,6
58	11	11	11	10	16	11,8
59	8	13	7	8	4	8
60	38	30	37	34	23	32,4

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
61	4	15	7	6	8	8
62	6	10	14	21	11	12,4
63	9	7	17	27	12	14,4
64	3	12	5	10	7	7,4
65	10	8	17	19	13	13,4
66	8	4	8	8	13	8,2
67	3	5	13	18	8	9,4
68	13	8	9	5	10	9
69	8	7	10	4	1	6
70	21	14	29	29	38	26,2
71	6	9	11	8	7	8,2
72	11	13	13	15	8	12
73	7	8	18	9	8	10
74	6	7	17	11	4	9
75	17	17	26	37	12	21,8
76	13	11	22	13	13	14,4
77	10	9	13	11	9	10,4
78	5	15	23	17	7	13,4
79	9	15	10	29	14	15,4
80	24	27	42	33	24	30
81	5	6	12	10	16	9,8
82	7	15	10	20	14	13,2
83	4	7	10	9	8	7,6
84	9	13	6	12	5	9
85	8	11	14	13	7	10,6
86	1	9	11	5	15	8,2
87	5	7	14	11	2	7,8
88	3	12	6	2	4	5,4
89	2	6	6	7	4	5
90	8	7	9	5	9	7,6
91	0	1	3	3	0	1,4
92	1	0	1	1	3	1,2
93	0	2	1	0	2	1
94	2	3	1	1	0	1,4
95	0	1	1	0	2	0,8
96	0	0	2	0	0	0,4
98	0	0	1	0	0	0,2

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
unbekannt/unklar	599	800	891	855	1325	894
keine Eingabe	40	40	17	10	173	56

(Tab. 9 „ZA13 Alter bei erster psych. Auffälligkeit“)

3.1.10. Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation

Der Zeitraum seit Beginn der aktuellen Krankheitsmanifestation bewegte sich bei dem größten Teil der Patienten zwischen weniger als einer Woche und drei Monaten, wobei die Zeitspanne 1-4 Wochen leicht überwog. Ferner zeigte sich ein erneuter Anstieg bei der Zahl der bereits seit länger als einem Jahr kranken Patienten, wobei hier, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf einen Maximalwert von 34,1 % im Jahr 2001 (n=4249), insgesamt ein Rückgang von 22,45 % 1999 (n=2967) auf 21,53 % 2003 (n=4645) zu verzeichnen war. Der Anteil der nach 1-4 Wochen aufgenommenen Patienten hingegen stieg, trotz Durchlaufen eines Minimalwerts von 19,57 % im Jahr 2000 (n=3474), im Gesamtverlauf von 23,86 % 1999 auf 28,37 % 2003 an. Eine ähnliche Entwicklung zeigten die Werte für nach 4 Wochen bis 3 Monaten erfolgte Aufnahmen mit 12,81 % 1999 bzw. 14,12 % 2003, bei einem Tiefwert von 11,34 % im Jahr 2001. Ein Rückgang von 6,74 % 1999 auf 4,89 % 2003 ließ sich hingegen für nach 6-12 Monaten aufgenommene Patienten verzeichnen, wobei im Jahr 2000 ein Minimum von 4 % durchlaufen wurde. Die Zahl der innerhalb einer Woche erfolgten Aufnahmen blieb mit 17,46 % 1999 bzw. 17,76 % 2003 im Verlauf der genannten Jahre, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 19,14 % im Jahr 2002 (n=4698), relativ unverändert. Auch der Anteil der nach 3-6 Monaten aufgenommenen Patienten zeigte, abgesehen von einem Rückgang auf 5,08 % im Jahr 2001, mit 7,65 % 1999 bzw. 7,34 % 2003 relativ stabile Werte. Die Zahl unbekannter bzw. unklarer Zeitspannen nahm hingegen von 7,65 % 1999 auf 2,28 % 2003 ab, während unterlassene Eingaben zu dieser Frage - trotz eines Tiefwerts von 0,26 % im Jahr 2002 - mit 1,38 % 1999 bzw. 3,7 % 2003 anteilmäßig zunahmen. (s. Tab. 10)

A14 Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation(%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
<= 1 Woche	17,46	18,11	17,75	19,14	17,76	18,04
>1 Woche bis 4 Wochen	23,86	19,57	20,4	26,56	28,37	23,75
> 4 Wochen bis 3 Monate	12,81	11,43	11,34	13,86	14,12	12,71
> 3 Monate bis 6 Monate	7,65	6,42	5,08	5,81	7,34	6,46
> 6 Monate bis 1 Jahr	6,74	4	4,87	4,73	4,89	5,05
> 1 Jahr	22,45	33,51	34,1	26,31	21,53	27,58
unbekannt/unklar	7,65	5,84	6	3,34	2,28	5,02
keine Eingabe	1,38	1,12	0,45	0,26	3,7	1,38

(Tab. 10 „A14 Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (geschätzt)“)

3.1.11. Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation

Hinsichtlich einer eventuellen Vorbehandlung während der aktuellen Krankheitsmanifestation ergab sich Folgendes: Jeweils etwa ein Drittel der Patienten befand sich vor der Aufnahme nicht in Behandlung oder wurde

ambulant psychiatrisch bzw. nervenärztlich betreut. Auch die ambulante Behandlung durch Ärzte anderer Fachrichtungen machte einen größeren Anteil der Gesamtpatientenzahl aus.

Hierbei ließ sich, trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 35,11 % im Jahr 2001 (n=4249), im Gesamtverlauf ein Anstieg des Anteils an Patienten ohne Vorbehandlung von 38,91 % 1999 (n=2967) auf 40,4 % 2003 (n=4645) beobachten. Auch die Zahl ambulanter Vorbehandlungen bei Ärzten anderer Fachrichtungen nahm von 12,77 % 1999 auf 13,51 % 2003 zu, wobei im Jahr 2001 ein Maximum von 22,01 % durchlaufen wurde. Von 0 % 1999 und 2000 (n=3474) auf 10,4 % 2002 (n=4698) bzw. 8,69 % 2003 stieg ferner der Anteil der durch die Institutsambulanz vorbehandelten Patienten an. Die Zahl der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlungen ging im erfassten Zeitraum hingegen von 3,8 % im Jahr 1999 auf 2,95 % im Jahr 2003 zurück. Rückläufig zeigte sich mit 32,41 % 1999 bzw. 22,88 % 2003 auch der Anteil ambulant psychiatrisch bzw. nervenärztlich Vorbehandelter. Auch die Zahl stationär somatischer Vorbehandlungen ging im erfassten Zeitraum von 3,64 % 1999 auf 2,32 % 2003 zurück. Mit 4,44 % 1999 bzw. 4,36 % 2003 blieben die Werte für (teil-)stationär psychiatrisch in der eigenen Klinik vorbehandelte Patienten, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 5,95 % im Jahr 2001, insgesamt unverändert. Die Zahl der (teil-)stationär psychiatrisch in einer anderen Klinik erfolgten Vorbehandlungen ging hingegen, abgesehen von einem in den Jahren 2001 und 2002 erreichten Höchstwert von 1,46 %, von 1,14 % 1999 auf 0,87 % 2003 zurück. Auch der Anteil unbekannter bzw. unklarer Vorbehandlungen nahm von 1,65 % 1999 auf 0,53 % 2003 ab. Gleichzeitig nahm die Zahl nicht erfolgter Eingaben, abgesehen von einem zwischenzeitlichen Rückgang auf 0,19 % im Jahr 2002, im Gesamtverlauf von 1,17 % 1999 auf 3,43 % 2003 zu. Die übrigen Werte zeigten sich relativ stabil. (s. Tab. 11)

A15 Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
keine	38,91	37,75	35,11	35,58	40,4	37,55
ambulant bei Ärzten anderer Fachrichtungen	12,77	16,6	22,01	18,22	13,51	16,62
ambulant psychotherapeutisch	3,8	3,48	2,77	2,91	2,95	3,18
ambulant psychiatr./nervenärztl.	32,41	31,15	24,74	23,04	22,88	26,84
stationär somatisch/psychosomat.	3,64	2,83	2,4	2,29	2,32	2,7
im eigenen Nicht-KHG-Bereich	0,06	0,03	0,11	0,13	0,06	0,08
Institutsambulanz	0	0	4,29	10,4	8,69	4,68
(teil-)stationär psychiatrisch in eigener Klinik	4,44	5,27	5,95	5,16	4,36	5,04
(teil-)stationär psychiatrisch in anderer Klinik	1,14	1,36	1,46	1,46	0,87	1,26
unbekannt/unklar	1,65	0,53	0,69	0,61	0,53	0,8
keine Eingabe	1,17	0,99	0,47	0,19	3,43	1,25

(Tab. 11 „A15 Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation“)

3.1.12. Art des zur Aufnahme führenden Zustandes

Bei der Differenzierung der Art des zur Aufnahme führenden Zustandes zeigte sich, dass die Verschlechterung eines chronischen Zustandes ebenso wie das Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes mit jeweils etwa einem Drittel bei einem Großteil der aufgenommenen Patienten vorlagen. Etwas niedriger war die Zahl der Patientenaufnahmen aufgrund einer erstmalig aufgetretenen oder fortbestehenden psychiatrischen Erkrankung. Auffällig gering war hingegen der Patientenanteil, den ein deutliches Abweichen von früheren Zuständen in die Behandlung führte.

Eine Fortdauer eines länger bestehenden Zustandes ließ sich im erfassten Zeitraum mit 12,57 % 1999 (n=2967) bzw. 13,58 % 2003 (n=4645) mit zunehmender Häufigkeit als Aufnahmegrund verzeichnen, wobei im Jahr 2001 (n=4249) ein Höchstwert von 16,92 % erreicht wurde. Verschlechterungen chronischer Zustände verhielten sich, bei einem Maximum von 42,01 % im Jahr 2001, mit 33,81 % im Jahr 1999 bzw. 39,03 % im Jahr 2003 ähnlich. Rückläufig waren hingegen Aufnahmen aufgrund eines Wiederauftretens früherer Zustände mit 35,32 % 1999 bzw. 30,03 % 2003, wobei im Jahr 2001 ein Tiefwert von 24,83 % erreicht wurde. Von 12,91 % 1999 bzw. 14,34 % 2000 (n=3474) auf 10,44 % 2003 ging ferner die Zahl der aufgrund einer erstmaligen psychiatrischen Erkrankung aufgenommenen Patienten zurück. Ebenfalls rückläufig zeigten sich mit 3,37 % 1999 bzw. 2,26 % 2003 die Werte für ein deutliches Abweichen von früheren Zuständen. Auch der Anteil unbekannter bzw. unklarer Aufnahmestände nahm, trotz eines im Jahr 2001 zwischenzeitlich erreichten Höchstwerts von 2,31 % insgesamt von 1,95 % 1999 auf 0,97 % 2003 ab. Die Zahl unterlassener Eingaben stieg hingegen von 0,07 % im Jahr 1999 auf 3,68 % im Jahr 2003 an. (s. Tab. 12)

ZA15 Art des zur Aufnahme führenden Zustandes (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
erstmaliges Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung	12,91	14,34	10,68	11,96	10,44	12,07
Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes	12,57	12,29	16,92	14,45	13,58	13,96
Verschlechterung eines chronischen Zustandes	33,81	38,23	42,01	39,48	39,03	38,51
Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	35,32	30,77	24,83	29,8	30,03	30,15
deutliches Abweichen von früheren Zuständen	3,37	3,31	3,01	3,13	2,26	3,02
unbekannt/unklar	1,95	1,01	2,31	0,85	0,97	1,42
keine Eingabe	0,07	0,06	0,24	0,32	3,68	0,87

(Tab. 12 „ZA15 Art des zur Aufnahme führenden Zustandes“)

3.1.13. Jemals Suizidversuch

Auf die Frage nach vor der Aufnahme erfolgten Suizidversuchen ergab sich folgendes Bild: Der überwiegende Teil der Patienten - etwa zwei Drittel - hatte noch nie einen Suizidversuch unternommen. Etwa ein Viertel der Patienten hatte bereits einen solchen vorgenommen, wobei ein Anstieg von 24,71 % 1999 auf 27,48 % 2003 zu

verzeichnen war. Bei Betrachtung der Absolutzahlen stellt sich dies als Zunahme von 733 auf 1276 Patientenfälle mit Suizidversuch in der Anamnese dar. Die seit dem zweiten Halbjahr 2001 erfolgte Trennung in „ja, unmittelbar vor Aufnahme“ und „ja, jemals früher“ ließ allerdings einen Rückgang der unmittelbar im Vorfeld erfolgten Suizidversuche von 24,71 % (733 Fälle) 1999 (n=2967) auf 5,71 % (265 Fälle) 2003 (n=4645), bei gleichzeitiger Zunahme der jemals früher erfolgten von 0 % 1999 und 2000 (n=3474) auf 21,77 % (1011 Fälle) 2003 erkennen. Im Beobachtungszeitraum war ferner ein Anstieg der Patienten, die noch nie einen Suizid versucht hatten von 63,73 % (1891 Fälle) 1999 auf 64,63 % (3002 Fälle) 2003 zu beobachten, wobei im Jahr 2001 (n=4249) ein prozentualer Höchstwert von 67,47 % und im Jahr 2002 ein absoluter Maximalwert von 3151 Patientenfällen erreicht wurden. Die Zahl der mit unbekannt/unklar betitelten Antworten nahm in diesem Zeitraum hingegen von 10,55 % (313 Fälle) auf 4,05 % (188 Fälle) ab. Gleichzeitig stieg der Anteil nicht erfolgter Eingaben, trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 0,43 % (20 Fälle) im Jahr 2002 (n=4698), insgesamt von 1,01 % (30 Fälle) 1999 auf 3,85 % (179 Fälle) 2003 an. (s. Tab. 13)

A18 Jemals Suizidversuch (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert (Ø-n)
ja, unmittelbar vor Aufnahme	24,71 (n=733)	24,73 (n=859)	15,37 (n=653)	5,83 (n=274)	5,71 (n=265)	15,27 (n=556,8)
ja, jemals früher	0 (n=0)	0 (n=0)	9,77 (n=415)	21,9 (n=1029)	21,77 (n=1011)	10,69 (n=491)
nein	63,73 (n=1891)	64,42 (n=2238)	67,47 (n=2867)	67,07 (n=3151)	64,63 (n=3002)	65,46 (n=2629,8)
unbekannt/unklar	10,55 (n=313)	9,93 (n=345)	6,87 (n=292)	4,77 (n=224)	4,05 (n=188)	7,23 (n=272,4)
keine Eingabe	1,01 (n=30)	0,92 (n=32)	0,52 (n=22)	0,43 (n=20)	3,85 (n=179)	1,35 (n=56,6)

(Tab. 13 „A18 Jemals Suizidversuch“)

3.1.14. Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme

Auch die Frage nach Suizidalität im Vorfeld der aktuellen Aufnahme wurde in der Mehrzahl der Fälle mit „nein“ beantwortet. Hier zeigte sich ein Anstieg von 73,51 % 1999 (n=2967) auf 80,31 % 2002 (n=4698) bzw. 78,04 % 2003 (n=4645). Die Zahl der positiven Antworten auf diese Frage ließ hingegen mit 22,24 % im Jahr 1999 bzw. 16,99 % im Jahr 2003 einen Rückgang erkennen. Die tatsächliche Fallzahl suizidaler Vorkommnisse vor der Aufnahme stieg allerdings von 660 im Jahr 1999 auf 860 im Jahr 2002 bzw. 789 im Jahr 2003 an. Rückläufig war im erfassten Zeitraum der Anteil unbekannter bzw. unklarer Fälle mit 4,25 % (126 Fälle) 1999 bzw. 1,18 % (55 Fälle) 2003, wohingegen die Zahl unterlassener Eingaben von 0 % im Jahr 1999 auf 3,79 % (176 Fälle) im Jahr 2003 anstieg. (s. Tab. 14)

A19 Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert (Ø-n)
ja	22,24 (n=660)	19 (n=660)	17,7 (n=752)	18,31 (n=860)	16,99 (n=789)	18,85 (n=744,2)
nein	73,51 (n=2181)	77,49 (n=2692)	78,91 (n=3353)	80,31 (n=3773)	78,04 (n=3625)	77,65 (n=3124,8)
unbekannt/unklar	4,25 (n=126)	3,48 (n=121)	3,18 (n=135)	1,06 (n=50)	1,18 (n=55)	2,63 (n=97,4)
keine Eingabe	0 (n=0)	0,03 (n=1)	0,21 (n=9)	0,32 (n=15)	3,79 (n=176)	0,87 (n=40,2)

(Tab. 14 „A19 Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“)

3.1.15. Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme

Hinsichtlich im Vorfeld der Aufnahme erfolgter Bedrohungen bzw. Tätlichkeiten ließ sich Folgendes feststellen: Der Großteil der Patienten war mit etwa 90 % im Vorfeld nicht durch gewalttätiges Verhalten aufgefallen. Unter den restlichen Nennungen überwogen Fälle von bedrohlichem Verhalten ohne Tätlichkeiten (4-8 %), gefolgt von leichter Körperverletzung (2-4 %), schwerer Körperverletzung bzw. Sachbeschädigung.

Im hier erfassten Zeitraum blieb der Anteil durch bedrohliches Verhalten nie auffällig gewordener Patienten mit 88,64 % 1999 (n=2967) bzw. 88,16 % 2003 (n=4645) insgesamt, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (87,22 % 2000 (n=3474), 90,85 % 2002 (n=4698), relativ unverändert. Die Absolutzahl negativer Eingaben stieg demgegenüber von 2630 im Jahr 1999 auf 4268 im Jahr 2002 bzw. 4095 im Jahr 2003 an. Fälle von leichter Körperverletzung gingen hingegen von 3,51 % im Jahr 1999 auf 2,3 % im Jahr 2003 zurück, wenn auch ihre tatsächliche Zahl mit 104 Fällen 1999 bzw. 107 Fällen 2003 relativ konstant blieb. Nach Erreichen eines kurzzeitigen Maximalwerts von 7,8 % im Jahr 2000 war ferner auch der prozentuale Anteil lediglich bedrohlichen Verhaltens ohne Tätlichkeiten mit 5,53 % 1999 bzw. 4,24 % 2003 rückläufig. Die Betrachtung der Absolutzahlen ergab allerdings einen Anstieg von 164 im Jahr 1999 auf 197 im Jahr 2003, wobei zudem 2000 ein Maximalwert von 271 erreicht wurde. Ein Anstieg von 0,84 % (25 Fälle) 1999 auf 3,9 % (181 Fälle) 2003 ließ sich für sonstige Eingaben verzeichnen. Die übrigen Prozentwerte verhielten sich relativ stabil. Für Sachbeschädigungen eigener und fremder Gegenstände war allerdings eine Verdopplung der Fallzahlen (23 Fälle 1999, 44 Fälle 2003) bei gleichzeitiger Halbierung nur auf eigene Sachen ausgerichteter Ausschreitungen (12 Fälle 1999, 6 Fälle 2003, trotz Anstieg auf 24 Fälle 2002) zu beobachten. (s. Tab.15)

A21 Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert (Ø-n)
nein	88,64 (n=2630)	87,22 (n=3030)	90,59 (n=3849)	90,85 (n=4268)	88,16 (n=4095)	89,09 (n=3574,4)
schwere Körperverletzung, Waffengebrauch o.ä.	0,3 (n=9)	0,14 (n=5)	0,19 (n=8)	0,21 (n=10)	0,32 (n=15)	0,23 (n=9,4)

A21 Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert (Ø-n)
leichte Körperverletzung, Ohrfeigen o.ä.	3,51 (n=104)	2,85 (n=99)	2,23 (n=95)	2,21 (n=104)	2,3 (n=107)	2,62 (n=101,8)
nur Sachbeschädigung, einschließlich fremder Sachen	0,78 (n=23)	1,01 (n=35)	0,73 (n=31)	0,89 (n=42)	0,95 (n=44)	0,87 (n=35)
nur Sachbeschädigung bei eigenen Sachen	0,4 (n=12)	0,37 (n=13)	0,33 (n=14)	0,51 (n=24)	0,13 (n=6)	0,35 (n=13,8)
nur bedrohliches Verhalten ohne Tätlichkeiten	5,53 (n=164)	7,8 (n=271)	5,18 (n=220)	4,7 (n=221)	4,24 (n=197)	5,49 (n=214,6)
sonstige	0,84 (n=25)	0,6 (n=21)	0,75 (n=32)	0,62 (n=29)	3,9 (n=181)	1,34 (n=57,6)

(Tab. 15 „A21 Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“)

3.1.16. Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts

Bei differenzierter Betrachtung der während des aktuellen Aufenthalts angewandten Psychopharmaka ergab sich folgendes Bild: Mit jeweils ca. 10-20 % waren die hauptsächlich verordneten Psychopharmaka, neben dem Verzicht auf Dauermedikation bzw. bloßer Bedarfsmedikation, atypische Antipsychotika, konventionelle Antipsychotika, Antidepressiva und Benzodiazepine. Ferner fielen auch andere Tranquilizer bzw. Hypnotika, Carbamazepin, Clomethiazol, Antiparkinsonmittel, Mittel zur Substitutionsbehandlung und Opiatersatzstoffe mit vergleichsweise höheren Werten in der Gesamterfassung ins Auge.

Bezüglich einer Veränderung der prozentualen Beteiligung der einzelnen Psychopharmaka an der medikamentösen Therapie im erfassten Zeitraum fiel Folgendes auf: Der Anteil an Patienten, die keine Psychopharmaka erhielten, nahm von 17,5 % im Jahr 1999 (n=2967) auf 6,41 % im Jahr 2003 (n=4645) ab. Auch Clozapin wurde mit 1,2 % 1999 bzw. 0,76 % 2003 zunehmend seltener verordnet. Die Verwendung typischer Depot-Antipsychotika nahm von 2,85 % 1999 auf 0,64 % 2002 (n=4698) bzw. 0,79 % 2003 ab, während der Anteil der atypischen Depot-Antipsychotika von 0 % 1999 und 2000 (n=3474) auf 0,72 % 2003 anstieg. Ein Anstieg ließ sich mit 13,55 % 1999 bzw. 16,09 % 2003 sowie einem im Jahr 2002 erreichten Maximalwert von 19,21 % auch bei den durch atypische Antipsychotika unterstützten Therapien verzeichnen, wohingegen die Verwendung konventioneller Antipsychotika im genannten Zeitraum von 15,69 % 1999 auf 10,22 % 2002 bzw. 11,67 % 2003 zurückging. Ferner nahm der Anteil der Antidepressiva von 14,31 % im Jahr 1999 auf 20,62 % im Jahr 2003 zu, wobei 2002 ein Maximum von 21,63 % durchlaufen wurde. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich bei der Verwendung anderer Tranquilizer bzw. Hypnotika mit 2,41 % 1999 bzw. 10,94 % 2003 beobachten, während die Zahl der verordneten Benzodiazepine, trotz eines anfänglichen Anstiegs auf 16,13 % im Jahr 2000, mit 14,75 % 1999 bzw. 14,41 % 2003 relativ konstant blieb. Lithium wurde hingegen mit 1,1 % 1999 bzw. 0,64 % 2003 zunehmend seltener zur Therapie herangezogen, während die Verwendung von Carbamazepin (4,33 % 1999 bzw. 6,06 % 2003) sowie von anderen Antiepileptika (1,55 % 1999 bzw. 3,36 % 2003) im erfassten Zeitraum zunahm. Weiterhin stieg der Anteil der Substitutionsbehandlungen an der Gesamtzahl der angewandten Psychopharmaka anfangs von 0,24 % 1999 auf 3,62 % 2001 (n=4249) an, fiel in

den Jahren 2002 und 2003 allerdings auf 0 % ab. Die Verwendung von Nootropika und Opiatersatzstoffen nahm ferner von jeweils 0 % im Jahr 1999 und 2000 auf 1,87 % bzw. 5,67 % im Jahr 2003 zu. Rückläufig auf 0 % 2002 und 2003 zeigte sich hingegen mit 4,88 % 1999 bzw. 5,5 % 2000 die Verwendung von Clomethiazol. Auch der Anteil der angewandten Antiparkinsonmittel nahm von 2,41 % 1999 auf jeweils 0 % in den Jahren 2002 und 2003 ab. Ähnliches ließ sich für die Verwendung von Betablockern mit 1,18 % 1999 bzw. 0 % 2002 und 2003 feststellen. Der Anteil sonstiger Psychopharmaka blieb mit 0,14 % 1999 bzw. 0 % 2002 und 2003, trotz eines anfänglichen Anstiegs auf 1,86 % im Jahr 2000, insgesamt unverändert. Die übrigen Werte zeigten in den erfassten Jahren keine größeren Schwankungen. (s. Tab. 16)

E4 Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
keine oder nur Bedarfsmedikation	17,5	13,59	8,56	7,07	6,41	10,63
Clozapin	1,2	1,24	1,04	1,22	0,76	1,09
Depot-Antipsychotika (typisch)	2,85	2,44	1,25	0,64	0,79	1,59
Depot-Antipsychotika (atypisch)	0	0	0,01	0,31	0,72	0,21
andere atypische Antipsychotika	13,55	15,96	15,79	19,21	16,09	16,12
andere Antipsychotika	15,69	12,38	11,83	10,22	11,67	12,36
Antidepressiva	14,31	14,2	17,62	21,63	20,62	17,68
Benzodiazepine	14,75	16,13	16,11	15,25	14,41	15,33
andere Tranquilizer/Hypnotika	2,41	3,11	7,69	9,64	10,94	6,76
Lithium	1,1	1,09	0,76	0,86	0,64	0,89
Carbamazepin	4,33	4,92	5,17	5,26	6,06	5,15
andere Antiepileptika	1,55	1,67	1,35	1,47	3,36	1,88
Nootropika	0	0	0,48	1,65	1,87	0,8
Substitutionsbehandlung	0,24	2,74	3,62	0	0	1,32
Opiatersatzstoffe	0	0	2,98	5,4	5,67	2,81
Betablocker	1,18	0,75	0,36	0	0	0,46
Clomethiazol	4,88	5,5	2,92	0	0	2,66
Antiparkinsonmittel	2,41	2,29	0,81	0	0	1,1
sonstige	0,14	1,86	0,5	0	0	0,5
unbekannt/unklar	0,2	0,12	0,14	0,15	0	0,12

(Tab. 16 „E4 Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts“)

3.1.17. Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung

Hinsichtlich der nach der Entlassung empfohlenen psychopharmakologischen Weiterbehandlung zeigte sich, dass ein Teil der Patienten (etwa ein Viertel) keine weitergehende Psychopharmakotherapie erhielt. Anteilmäßig hoch lag die Zahl der verordneten atypischen Antipsychotika, konventionellen Antipsychotika und Antidepressiva (jeweils ca. 10 - 20 %). Vergleichsweise häufig war auch die Verwendung folgender Medikamentenklassen: Benzodiazepine, andere Tranquilizer bzw. Hypnotika, Carbamazepin, Opiatersatzstoffe und Medikamente zur Substitutionsbehandlung.

Im Verlauf der erfassten Jahre zeigte sich eine Abnahme der nicht psychopharmakologisch weiterbehandelten Patienten von 31,84 % im Jahr 1999 (n=2967) auf 20,32 % im Jahr 2003 (n=4645). Auch die Verwendung von Clozapin ging von 1,39 % 1999 auf 0,83 % 2003 zurück. Bei den typischen Depot-Antipsychotika ließ sich ein Rückgang von 3,8 % 1999 auf 0,8 % 2002 (n=4698) bzw. 1,07 % 2003 bei gleichzeitigem Anstieg der Depot-Antipsychotika von 0 % 1999 und 2000 (n=3474) auf 0,9 % 2003 verzeichnen. Der Anteil der verordneten atypischen Antipsychotika nahm in den genannten Jahren - bei einem im Jahr 2002 erreichten Maximum von 18,72 % - von 14,39 % 1999 auf 16,68 % 2003 zu, wohingegen bei den konventionellen Antipsychotika ein Rückgang von 13,7 % 1999 auf 7,11 % 2002 bzw. 8,11 % 2003 zu verzeichnen war. Von 16,8 % 1999 auf 20,12 % 2002 bzw. 19,97 % 2003 stieg hingegen die Verordnung von Antidepressiva an. Auch bei den Benzodiazepinen ließ sich insgesamt ein leichter Anstieg von 5,01 % 1999 auf 5,63 % 2003 beobachten, wobei im Jahr 2002 ein Maximum von 6,19 % durchlaufen wurde. Andere Tranquilizer bzw. Hypnotika wurden mit 1,24 % 1999 bzw. 5,57 % 2003 ebenfalls zunehmend häufig verordnet. Ferner nahm der Anteil der mit Carbamazepin behandelten Patienten von 3,28 % 1999 auf 7,71 % 2003 zu. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich mit 1,59 % 1999 bzw. 2,61 % 2003 für andere Antiepileptika, wohingegen mit Lithium unterstützte Therapien anteilmäßig leicht von 1,29 % 1999 auf 0,94 % 2003 zurückgingen. Von jeweils 0 % 1999 und 2000 auf 2,37 % bzw. 4,9 % 2003 nahm weiterhin die Verwendung von Nootropika bzw. Opiatersatzstoffen zu. Erwähnenswert ist außerdem der Abfall auf jeweils 0 % in den Jahren 2002 und 2003 bei den Medikamenten zur Substitutionsbehandlung, Betablockern, Antiparkinsonmitteln und anderen Psychopharmaka. Die Zahl unterlassener Eingaben nahm hingegen von 0,02 % 1999 auf 2,37 % 2003 zu. Gleichzeitig waren unbekannt Nennungen mit 0,5 % 1999 und 0 % 2003 rückläufig. Die restlichen Werte blieben im erfassten Zeitraum relativ konstant. (s. Tab. 17)

E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
kein Medikament aus psychiatr. Medik.	31,84	27,93	28,06	23,77	20,32	26,38
Clozapin	1,39	1,39	1,32	1,27	0,83	1,24
Depot- Antipsychotika (typisch)	3,8	3,05	1,73	0,8	1,07	2,09
Depot- Antipsychotika (atypisch)	0	0	0,02	0,43	0,9	0,27
andere atypische Antipsychotika	14,39	17,68	16,24	18,72	16,68	16,74
andere Antipsychotika	13,7	10,46	10,02	7,11	8,11	9,88
Antidepressiva	16,8	17,16	18,71	20,12	19,97	18,55
Benzodiazepine	5,01	5,58	5,7	6,19	5,63	5,62
andere Tranquilizer/Hypnotika	1,24	1,89	3,61	5,49	5,57	3,56
Lithium	1,29	1,16	0,84	1,21	0,94	1,09
Carbamazepin	3,28	4,27	4,8	5,62	7,71	5,14
andere Antiepileptika	1,59	2,07	1,47	1,95	2,61	1,94
Nootropika	0	0	0,53	2,22	2,37	1,02
Substitutionsbehandlung	0,22	1,87	2,62	0	0	0,92

E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
Opiatersatzstoffe	0	0	2,04	4,84	4,9	2,36
Betablocker	1,17	0,95	0,41	0	0	0,51
Antiparkinsonmittel	1,89	2,18	0,68	0	0	0,95
andere Medikamente aus psych. Medik.	1,89	2,18	0,81	0	0	0,98
unbekannt/unklar	0,5	0,17	0,28	0,01	0	0,19
keine Eingabe	0,02	0,02	0,24	0,2	2,37	0,57

(Tab. 17 „E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung“)

3.1.18. Probleme bei der Psychopharmakotherapie

Bezüglich der Probleme bei der Psychopharmakotherapie zeigte sich ein deutliches Überwiegen der Fälle, in denen sich keinerlei Probleme ergaben (etwa zwei Drittel der Patienten). Ebenfalls häufig war die Zahl der Patientenfälle, in denen keinerlei Psychopharmaka im Verlauf der Therapie angewandt wurden, wobei hier ein Rückgang von 29,46 % im Jahr 1999 (n=2967) auf 14,14 % im Jahr 2003 (n=4645) zu verzeichnen war. Der Anteil ohne besondere Probleme verlaufener Psychopharmakotherapien stieg, mit einem Höchstwert von 71,36 % im Jahr 2001 (n=4249), von 59,77 % 1999 auf 65,83 % 2003 an. Probleme wie Therapieresistenz (3,99 % 1999, 5,23 % 2000 (n=3474)), erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen (2,62 % 1999, 3,26 % 2000) oder mangelnde Compliance seitens der Patienten (3,83 % 1999) zeigten sich im Laufe der Jahre rückläufig bis auf 0 % in den Jahren 2002 und 2003. Ein Anstieg von 0 % 1999 und 2000 auf 21,31 % 2002 (n=4698) bzw. 19,98 % 2003 zeigte sich hingegen bei der Anzahl der unterlassenen Eingaben zu dieser Frage. Die restlichen Werte blieben im erfassten Zeitraum relativ stabil. (s. Tab. 18)

E5 Probleme bei der Psychopharmakotherapie (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
entfällt (keine Medikamente)	29,46	23,39	16,89	15,73	14,14	19,92
keine besonderen Probleme	59,77	64,78	71,36	62,79	65,83	64,91
Therapieresistenz/ mangelnde Wirkung	3,99	5,23	1,71	0	0	2,19
erhebl. unerwünschte Arzneimittelwirkungen	2,62	3,26	1,1	0	0	1,4
mangelnde Compliance des Patienten	3,83	2,88	1,33	0	0	1,61
sonstige	0,24	0,46	0,46	0,17	0,04	0,27
keine Eingabe	0	0	7,14	21,31	19,98	9,69

(Tab. 18 „E5 Probleme bei der Psychopharmakotherapie“)

Im zweiten Halbjahr 2001 wurde in die BADO eine zusätzliche Frage nach unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) integriert. Hier wurden in der Hauptsache Probleme im Sinne einer nicht ausreichenden Wirkung (5-10 %), Akathisie und Frühdyskinesien (1-2 %), Unruhe bzw. Erregungszustand, schweres Parkinsonsyndrom, Leberwerterhöhung, quantitative Bewusstseinsstörungen sowie sexuelle Funktionsstörungen (jeweils bis 1 %) angeführt. Allgemein ließ sich ein hoher Anteil an unklaren („sonstige“) (3-6 %) sowie an nicht erfolgten Eingaben (78-84 %) feststellen.

Die Zahl unterlassener Eingaben nahm im hier erfassten Zeitraum zudem von 78,86 % (3705 Fälle) 2002 (n=4698) auf 83,77 % (3891 Fälle) 2003 (n=4645) zu. Sonstige Nebenwirkungen wurden mit 5,45 % (256 Fälle) 2002 bzw. 3,23 % (150 Fälle) 2003 allerdings seltener angegeben. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 9,22 % (433 Fälle) 2002 bzw. 5,66 % (263 Fälle) 2003 für Fälle von nicht ausreichender Wirkung verzeichnen. Auch die Werte für schweres Parkinsonsyndrom (0,79 % (37 Fälle) 2002 bzw. 0,52 % (24 Fälle) 2003), Leberwerterhöhung (0,53 % (25 Fälle) 2002 bzw. 0,39 % (18 Fälle) 2003) und Embolie (0,13 % (6 Fälle) 2002 bzw. 0 % 2003) verhielten sich rückläufig. Eine leichte Zunahme ließ sich hingegen für folgende Nebenwirkungen beobachten: Akathisie und Frühdyskinesien (1,49 % (70 Fälle) 2002 bzw. 1,94 % (90 Fälle) 2003), orthostatischer Kollaps (0,21 % (10 Fälle) 2002 bzw. 0,37 % (17 Fälle) 2003), paranoid-halluzinatorisches Syndrom (0,04 % (2 Fälle) 2002 bzw. 0,17 % (8 Fälle) 2003), QT-Verlängerung (0,13 % (6 Fälle) 2002 bzw. 0,26 % (12 Fälle) 2003) sowie Serotoninsyndrom (0 % 2002 bzw. 0,06 % (3 Fälle) 2003). Die restlichen Werte blieben im hier erfassten Zeitraum relativ konstant. (s. Tab. 19)

UAW (%)	2002 N (n=4698)	2002%	2003 N (n=4645)	2003%	Ø-N	Ø-Wert
Akathisie u. Frühdyskinesien	70	1,49	90	1,94	80	1,72
allerg. Reaktion der Haut	12	0,26	14	0,3	13	0,28
Delir	1	0,02	2	0,04	1,5	0,03
depressives Syndrom	4	0,09	5	0,11	4,5	0,1
Embolie	6	0,13	0	0	3	0,07
Grand-Mal-Anfall	8	0,17	7	0,15	7,5	0,16
Harnsperre	5	0,11	5	0,11	5	0,11
Hypertonie	5	0,11	8	0,17	6,5	0,14
Hyponatriämie	2	0,04	3	0,06	2,5	0,05
Leberwerterhöhung	25	0,53	18	0,39	21,5	0,46
mal. neurolept. Syndrom	2	0,04	0	0	1	0,02
manisches Syndrom	11	0,23	7	0,15	9	0,19
nicht ausreichende Wirkung	433	9,22	263	5,66	348	7,44
orth. Kollaps	10	0,21	17	0,37	13,5	0,29
paran.-hall. Syndrom	2	0,04	8	0,17	5	0,11
Parkinsonsyndrom schwer	37	0,79	24	0,52	30,5	0,66
QT-Verlängerung	6	0,13	12	0,26	9	0,2
quant. Bewusstseinsstörung	20	0,43	24	0,52	22	0,48
sexuelle Funktionsstörung	19	0,4	22	0,47	20,5	0,44

UAW (%)	2002 N (n=4698)	2002%	2003 N (n=4645)	2003%	Ø-N	Ø-Wert
sonst. Bradyarrhythmien	0	0	2	0,04	1	0,02
sonst. Tachyarrhythmien	4	0,09	6	0,13	5	0,11
Spätdyskinesie	7	0,15	9	0,19	8	0,17
Ödeme	8	0,17	11	0,24	9,5	0,21
Unruhe/Erregungszustand	40	0,85	42	0,9	41	0,88
(Sub)ileus	0	0	2	0,04	1	0,02
Serotoninsyndrom	0	0	3	0,06	1,5	0,03
sonstige	256	5,45	150	3,23	203	4,34
keine Eingabe	3705	78,86	3891	83,77	3798	81,32

(Tab. 19 „UAW“)

3.1.19. Suizidversuch/Suizid während des stationären Aufenthalts

Einen Suizidversuch während des stationären Aufenthalts unternahmen im erfassten Zeitraum weniger als 2 % der Patienten, wobei der prozentuale Anteil negativer Nennungen allerdings von 98,45 % im Jahr 1999 (n=2967) auf 95,03 % im Jahr 2003 (n=4645) zurückging. Die Zahl der Suizide nahm in den hier betrachteten Jahren, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 0,19 % im Jahr 2002 (n=4698), von 0,13 % 1999 auf 0,09 % 2003 ebenfalls leicht ab. Bei Betrachtung der Absolutzahlen zeigte sich allerdings ein etwas anderer Verlauf: Sowohl 1999 wie 2003 waren 4 Suizide zu verzeichnen, wobei zwischenzeitlich ein Rückgang auf 2 Fälle im Jahr 2001 (n=3474) sowie ein Anstieg auf 9 derartige Vorkommnisse im Jahr 2002 zu beobachten war. Demgegenüber nahm die tatsächliche Zahl negativer Eingaben von 2921 im Jahr 1999 auf 4627 im Jahr 2002 bzw. 4414 im Jahr 2003 zu. Ein Anstieg von 0,17 % 1999 (5 Fälle) auf 3,72 % 2003 (173 Fälle) ließ sich auch für unbekannte/unklare Eingaben verzeichnen. Die übrigen prozentualen Werte blieben im Beobachtungszeitraum relativ konstant, wohingegen die absolute Anzahl vorsätzlicher Selbstschädigungen ohne Suizidabsicht von 15 im Jahr 1999 auf 32 im Jahr 2003 anstieg. (s. Tab. 20)

E11 Suizidversuch während des stationären Aufenthalts (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert (Ø-n)
keiner	98,45 (n=2921)	98,53 (n=3423)	98,42 (n=4182)	98,49 (n=4627)	95,03 (n=4414)	97,78 (n=3913,4)
Suizid	0,13 (n=4)	0,09 (n=3)	0,05 (n=2)	0,19 (n=9)	0,09 (n=4)	0,11 (n=4,4)
sicher gefährlicher Suizidversuch	0,34 (n=10)	0,35 (n=12)	0,28 (n=12)	0,28 (n=13)	0,28 (n=13)	0,31 (n=12)
sonstiger Suizidversuch	0,4 (n=12)	0,2 (n=7)	0,28 (n=12)	0,23 (n=11)	0,19 (n=9)	0,26 (n=10,2)
vorsätzliche Selbstschädigung ohne Suizidabsicht	0,51 (n=15)	0,6 (n=21)	0,71 (n=30)	0,4 (n=19)	0,69 (n=32)	0,58 (n=23,4)

E11 Suizidversuch während des stationären Aufenthalts (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert (Ø-n)
unbekannt/unklar	0,17 (n=5)	0,23 (n=8)	0,26 (n=11)	0,41 (n=19)	3,72 (n=173)	0,96 (n=43,2)

(Tab. 20 „E11 Suizidversuch während des stationären Aufenthalts“)

3.1.20. Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts

Hinsichtlich eventueller während des stationären Aufenthalts erfolgter Bedrohungen bzw. Tätlichkeiten ließ sich Folgendes beobachten: Der Großteil der Patienten wurde während des Aufenthalts nicht aufgrund gewalttätigen Verhaltens auffällig, wobei hier allerdings ein Rückgang der Werte von 94,74 % 1999 (n=2967) auf 91,82 % 2003 (n=4645) zu verzeichnen war. Die erfolgten Bedrohungen setzten sich in der Hauptsache aus bedrohlichem Verhalten ohne Tätlichkeiten, gefolgt von leichter Körperverletzung zusammen. Anderweitige Tätlichkeiten erreichten nur geringe Werte.

Fälle von leichter Körperverletzung gingen von 1,35 % 1999 bzw. 1,64 % 2000 (n=3474) leicht auf 0,93 % 2003 zurück. Die Betrachtung der tatsächlichen Fallzahl ergab allerdings ein anderes Ergebnis: Hier erschien der Anteil leichter Körperverletzungen mit 40 Fällen 1999 bzw. 43 Fällen 2003 relativ konstant, zwischenzeitlich war aber ein Anstieg auf bis zu 58 Patienten im Jahr 2002 (n=4698) zu verzeichnen. Schwere Körperverletzungen hingegen blieben anteilmäßig, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 0,12 % im Jahr 2000 (4 Fälle), mit 0,03 % 1999 bzw. 0,02 % 2003 (jeweils 1 Fall) unverändert. Abgesehen von einem anfänglichen Anstieg auf 4,66 % im Jahr 2000 blieb die Zahl durch bedrohliches Verhalten aufgefallener Patienten mit 3,27 % 1999 bzw. 3,1 % 2003 insgesamt relativ konstant, wobei auch hier die Absolutzahlen ein anderes Bild ergaben. So zeigte sich ein Anstieg der Fälle von 97 im Jahr 1999 auf 171 im Jahr 2002 bzw. 144 im Jahr 2003. Trotz prozentual relativ stabiler Werte (0,27 % 1999 bzw. 0,32 % 2003) nahm die Zahl der Sachbeschädigungen fremder Gegenstände von 8 im Jahr 1999 auf 15 im Jahr 2003 zu. Auch die Absolutzahl negativer Eingaben stieg im erfassten Zeitraum von 2811 Fällen 1999 auf 4443 Fälle 2002 bzw. 4265 Fälle 2003 an. Eine Zunahme von 0,27 % im Jahr 1999 (8 Fälle) auf 3,74 % im Jahr 2003 (174 Fälle) ließ sich ferner für den Anteil unbekannter/unklarer Fälle beobachten. (s. Tab. 21)

E12 Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert (Ø-n)
keine	94,74 (n=2811)	92,98 (n=3230)	94,26 (n=4005)	94,57 (n=4443)	91,82 (n=4265)	93,67 (n=3750,8)
schwere Körperverletzung, Waffengebrauch o.ä.	0,03 (n=1)	0,12 (n=4)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,02 (n=1)	0,03 (n=1,2)
leichte Körperverletzung, Ohrfeigen o.ä.	1,35 (n=40)	1,64 (n=57)	1,27 (n=54)	1,23 (n=58)	0,93 (n=43)	1,28 (n=50,4)
nur Sachbeschädigung, einschließlich fremder Sachen	0,27 (n=8)	0,26 (n=9)	0,38 (n=16)	0,15 (n=7)	0,32 (n=15)	0,28 (n=11)

E12 Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert (Ø-n)
nur Sachbeschädigung bei eigenen Sachen	0,07 (n=2)	0,12 (n=4)	0,02 (n=1)	0,04 (n=2)	0,06 (n=3)	0,06 (n=2,4)
nur bedrohliches Verhalten ohne Tätlichkeiten	3,27 (n=97)	4,66 (n=162)	3,79 (n=161)	3,64 (n=171)	3,1 (n=144)	3,69 (n=147)
unbekannt/unklar	0,27 (n=8)	0,23 (n=8)	0,28 (n=12)	0,37 (n=17)	3,74 (n=174)	0,98 (n=43,8)

(Tab. 21 „E12 Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts“)

3.1.21 Fixierungen

Fixierungen während des stationären Aufenthalts erfolgten in den hier erfassten Jahren in der überwiegenden Anzahl (über 90 %) der Patientenfälle nicht. Einmalige bzw. mehrmalige Fixierungen wurden mit etwa gleicher prozentualer Häufigkeit bei den verbliebenen Patientenfällen registriert.

Trotz eines zwischenzeitlichen leichten Anstiegs auf 93,64 % im Jahr 2002 (n=4698) nahm der prozentuale Anteil der niemals fixierten Patienten im Gesamtverlauf von 92,55 % 1999 (n=2967) auf 90,7 % 2003 (n=4645) ab. Ein Rückgang von 3,84 % im Jahr 1999 auf 2,67 % im Jahr 2003 ließ sich auch für einmalige Fixierungen verzeichnen. Ferner zeigten sich auch die Werte für das mehrmalige Durchführen dieser Maßnahme, trotz eines anfänglichen Anstiegs auf 4,86 % im Jahr 2000 (n=3474), mit 3,44 % 1999 bzw. 2,88 % 2003 leicht rückläufig. Die Betrachtung der tatsächlichen Fallzahlen ergab hier allerdings ein anderes Bild: Fälle, in denen keine Fixierung notwendig war, nahmen von 2746 im Jahr 1999 auf 4399 im Jahr 2002 bzw. 4213 im Jahr 2003 zu. Für die Zahl der einmalig fixierten Patienten zeigte sich ebenfalls eine leichte Zunahme von 114 im Jahr 1999 auf 138 im Jahr 2002 bzw. 124 im Jahr 2003. Auch mehrmalige Fixierungsmaßnahmen wurden 2003 mit 134 Fällen häufiger als 1999 mit 102 Fällen beobachtet, wobei hier zudem ein Maximalwert von 188 Fällen im Jahr 2001 zu verzeichnen war. Ein Anstieg von 0,17 % (5 Fälle) im Jahr 1999 auf 3,74 % (174 Fälle) im Jahr 2003 ließ sich hingegen für unbekannt/unklare Nennungen verzeichnen. (s. Tab. 22)

E14 Fixierungen (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert (Ø-n)
keine	92,55 (n=2746)	90,96 (n=3160)	91,95 (n=3907)	93,64 (n=4399)	90,7 (n=4213)	91,96 (n=3685)
einmal	3,84 (n=114)	3,91 (n=136)	2,85 (n=121)	2,94 (n=138)	2,67 (n=124)	3,24 (n=126,6)
mehrmals	3,44 (n=102)	4,86 (n=169)	4,42 (n=188)	3,04 (n=143)	2,88 (n=134)	3,73 (n=147,2)
unbekannt/unklar	0,17 (n=5)	0,26 (n=9)	0,78 (n=33)	0,38 (n=18)	3,74 (n=174)	1,07 (n=47,8)

(Tab. 22 „E14 Fixierungen“)

3.1.22. Verweildauer nach Gruppen

Die differenzierte Betrachtung der stationären Verweildauer der dieser Diagnosegruppe angehörenden Patienten ergab mit 20-25 % ein leichtes Überwiegen 1-3 Monate dauernder Aufenthalte. Anteilmäßig folgten Verweildauern von 2-7 Tagen (17-23 %), 7-14 Tagen (16-21 %), bis zu 2 Tagen (10-14 %), 21-31 Tagen (10-12 %) sowie 14-21 Tagen (8-12 %) Dauer. Längere Verweildauern waren seltener zu beobachten.

Mit 24,33 % 1999 (n=2967) bzw. 21,44 % 2003 (n=4645) rückläufig waren im hier erfassten Zeitraum Aufenthalte von 1-3 Monaten Dauer, wobei im Jahr 2001 (n=4249) ein Tiefwert von 20,38 % erreicht wurde. Auch die Zahl der weniger als 2 Tage in der Klinik Verbliebenen ging von 13,99 % im Jahr 1999 auf 10,46 % im Jahr 2003 zurück. Aufenthalte von 2-7 Tagen Dauer nahmen, trotz eines zwischenzeitlichen leichten Rückgangs auf 17,89 % im Jahr 2001, im Verlauf der genannten Jahre von 18,54 % auf 22,13 % zu. Insgesamt zunehmend waren auch Verweildauern von 7-14 Tagen zu beobachten, wobei hier nach einem anfänglichen Anstieg von 16,51 % 1999 auf einen Höchstwert von 20,26 % 2001 ein erneuter leichter Abfall auf 17,33 % im Jahr 2003 zu verzeichnen war. Ähnlich verhielt sich mit 8,73 % 1999 bzw. 9,43 % 2003 die Zahl der 14-21 Tage dauernden Aufenthalte, nach einem Maximalwert von 11,6 % im Jahr 2001. Auch die Werte für Verweildauern von 21-31 Tagen nahmen im erfassten Zeitraum von 10,48 % 1999 auf 11,6 % 2003 zu. Der Anteil 3-6 Monate dauernder Aufenthalte hingegen blieb, trotz eines im Jahr 2001 durchlaufenen Tiefwerts von 5,53 %, mit 6,74 % 1999 bzw. 6,8 % 2003 relativ stabil. Die restlichen Werte ließen keine größeren Schwankungen erkennen. (s. Tab. 23)

Verweildauer nach Gruppen (%)	1999 (n=2967)	2000 (n=3474)	2001 (n=4249)	2002 (n=4698)	2003 (n=4645)	Ø-Wert
bis 2 Tage	13,99	12,44	12,1	11,62	10,46	12,12
2 - 7 Tage	18,54	17,93	17,89	20,01	22,13	19,3
7 - 14 Tage	16,51	16,41	20,26	18,26	17,33	17,75
14 - 21 Tage	8,73	10,97	11,6	10,54	9,43	10,25
21 - 31 Tage	10,48	11,63	11,16	10,26	11,6	11,03
1 - 3 Monate	24,33	23,72	20,38	21,35	21,44	22,24
3 - 6 Monate	6,74	5,96	5,53	7,07	6,8	6,42
6 - 12 Monate	0,64	0,78	0,94	0,89	0,69	0,79
Rest	0,03	0,17	0,14	0	0,02	0,07
keine Eingabe	0	0	0	0	0,09	0,02

(Tab. 23 „Verweildauer nach Gruppen“)

3.2. Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (ICD-10-Gruppen F20-22)

3.2.1. ICD-10-Gruppe - Diagnosen F20-22

Hinsichtlich der Verteilung auf die Untergruppen innerhalb der Diagnosegruppe F2 ergab sich mit über 90 % ein deutliches Überwiegen der Patienten, die wegen einer Schizophrenie (ICD-10 F20) stationär aufgenommen wurden. Anteilmäßig folgten Patienten mit anhaltenden wahnhaften Störungen (ICD-10 F22). Nur bei sehr wenigen Patienten wurden mit weniger als 1 % schizotype Störungen (ICD-10 F21) als Aufnahmediagnose angegeben.

Die Zahl derjenigen Patienten, die der ICD-10 Gruppe F20 angehörten, stieg im erfassten Zeitraum von 95,49 % 1999 (n=576) bzw. 93,92 % 2000 (n=625) auf 96,36 % 2003 (n=632) an. Patienten der Diagnosegruppe F22 nahmen im Gesamtverlauf trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 5,28 % im Jahr 2000 mit 3,82 % 1999 bzw. 3,16 % 2003, zahlenmäßig leicht ab. Die anteilmäßige Verteilung der Werte für die ICD-10 Gruppe F21 verhielt sich über den hier erfassten Zeitraum mit 0,69 % 1999 bzw. 0,47 % 2003 relativ konstant. (s. Tab. 24)

ICD-10-Gruppe (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
F20	95,49	93,92	95,05	95,84	96,36	95,33
F21	0,69	0,8	0,62	0,4	0,47	0,6
F22	3,82	5,28	4,33	3,76	3,16	4,07

(Tab. 24 „ICD-10 Gruppe“)

3.2.2. „Aufnahmegrund“/Rechtsgrundlage

Bei differenzierter Betrachtung der für diese Patientengruppe bei der Aufnahme angegebenen Rechtsgrundlagen ließ sich Folgendes feststellen: Mit etwa 80 % erfolgte die Vorstellung zur Aufnahme freiwillig bzw. freiwillig bei Betreuung, wobei der Anteil der freiwilligen Patienten leicht überwog. Bei etwa 10 % lagen die Aufnahmen basierend auf Art. 9 UbG und § 70 FGG (vorläufige Unterbringung) bzw. Art 10/2 UbG („Polizeibericht“ hier bestätigt) bzw. Art. 10/1 UbG (Beschluss der Kreisverwaltungsbehörde) bzw. Unterbringungsgesetzen anderer Länder. Anteilmäßig folgten aufgrund eines beantragten bzw. vorliegenden Beschlusses nach §§ 1906, 1846 BGB sowie freiwillig nach Polizeieinweisung bzw. im Sinne einer „Notaufnahme“ (Beschluss gem. §§ 1846, 1906 BGB angeregt) aufgenommene Patienten.

In Bezug auf eine Veränderung der Gewichtung innerhalb der Rechtsgrundlagen im Verlauf der erfassten Jahre ließ sich eine Zunahme der freiwilligen Aufnahmen von 44,27 % im Jahr 1999 (n=576) auf 47,94 % im Jahr 2003 (n=632) beobachten, wobei 2002 (n=745) ein zwischenzeitlicher Maximalwert von 52,75 % erreicht wurde. Gleichzeitig ging die Zahl der freiwillig bei Betreuung aufgenommenen Patienten von 36,81 % 1999 bzw. 38,56 % 2000 (n=625), bei einem im Jahr 2002 durchlaufenen Tiefwert von 30,47 %, im Gesamtverlauf auf 33,07 % 2003 zurück. Rückläufig zeigte sich, abgesehen von einem Maximalwert von 7,88 % im Jahr 2001 (n=647), ferner die Zahl der aufgrund eines Beschlusses nach §§ 1906, 1846 BGB erfolgten Aufnahmen (5,55 % 1999 bzw. 3,64 % 2003). Im erfassten Zeitraum nahm, trotz eines im Jahr 2001 erreichten Maximalwerts von 3,71 %, auch die Zahl freiwillig nach Polizeieinweisung bzw. im Sinne einer Notaufnahme aufgenommener

Patienten von 2,08 % 1999 auf 0,64 % 2003 ab. Mit 10,77 % 1999 bzw. 14,08 % 2003 ließ sich, trotz eines Tiefwerts von 9,27 % im Jahr 2001, eine Zunahme im Bereich der basierend auf Art. 9 UbG und § 70 FGG (vorläufige Unterbringung) bzw. Art. 10/2 UbG („Polizeibericht“ hier bestätigt) bzw. Art. 10/1 UbG (Beschluss der Kreisverwaltungsbehörde) bzw. Unterbringungsgesetzen anderer Länder erfolgten Aufnahmen verzeichnen. Der Anteil der auf der Basis von Art. 10/4 UbG (Leiter der Einrichtung) weiterbehandelten Patienten stieg insgesamt von 0,17 % 1999 auf 0,32 % 2003 leicht an, wobei hier ein Höchstwert von 0,96 % im Jahr 2000 erreicht wurde. Die übrigen Werte zeigten keine größeren Schwankungen im Verlauf der genannten Jahre. (s. Tab. 25)

A1 „Aufnahmegrund“/ Rechtsgrundlage (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
freiwillig	44,27	43,52	46,52	52,75	47,94	47
freiwillig bei Betreuung	36,81	38,56	31,53	30,47	33,07	34,09
freiwillig nach Polizeieinweisung bzw. "Notaufnahme" (Beschluss gem. §§ 1846, 1906 BGB angeregt)	2,08	2,08	3,71	2,68	0,64	2,24
Beschluss nach §§ 1906, 1846 BGB beantragt bzw. liegt vor	5,55	4,96	7,88	3,49	3,64	5,1
Art. 9 UbG und § 70 FGG bzw. Art. 10/2 UbG bzw. Art. 10/1 UbG bzw. UbG anderer Länder	10,77	9,44	9,27	9,67	14,08	10,65
Art. 10/4 UbG (Leiter der Einrichtung)	0,17	0,96	0,77	0,54	0,32	0,55
sonstiges = Beschl. nach § 1631b (Kind), Minderjährige m. Zust. der Eltern, §§ 81,83 StPO bzw. § 126 a StPO bzw. UvollzO / StPO bzw. §68b, Abs.4 FGG bzw. § 63 StGB	0,34	0,48	0,3	0,39	0,32	0,37

(Tab. 25 „A1 „Aufnahmegrund“/Rechtsgrundlage“)

3.2.3. Ärztliche Einweisung/Empfehlung

Bei Betrachtung der vor der Aufnahme erfolgten ärztlichen Einweisungen bzw. Empfehlungen ergab sich folgendes Gesamtbild: Insgesamt überwogen die Empfehlungen aus dem ambulanten gegenüber denjenigen aus dem stationären Bereich. Mehr als 40 % der Patienten erschienen ohne vorhergehende ärztliche Einweisung. Durch niedergelassene Psychiater bzw. Nervenärzte oder Psychotherapeuten angeregte Aufnahmen lagen anteilmäßig mit beinahe 20 % ebenfalls hoch. Es folgten Einweisungen seitens der eigenen Ambulanz, Praktischer, Allgemein- oder sonstiger Ärzte sowie des Notarztes bzw. ärztlicher Notdienste. Bei den insgesamt wenigen Einweisungen aus dem stationären Bereich erfolgte die Mehrzahl durch Ärzte aus dem vollstationären Bereich der eigenen Klinik oder aus dem Zentralklinikum.

Im Beobachtungszeitraum ließ sich ein Anstieg im Bereich der ohne vorherige ärztliche Einweisung erfolgten Aufnahmen von 43,89 % im Jahr 1999 (n=576) auf 52,13 % im Jahr 2003 (n=632) feststellen. Ärztliche Einweisungen seitens Praktischer, Allgemein- oder sonstiger Ärzte hingegen nahmen im erfassten Zeitraum von 6,02 % im Jahr 1999 bzw. 7,31 % im Jahr 2000 auf 3,32 % im Jahr 2003 ab. Auch die durch Notärzte bzw. ärztliche Notdienste angeregten Aufnahmen gingen in den genannten Jahren von 6,54 % auf 1,74 % zurück. Einweisungen seitens der eigenen Ambulanz nahmen hingegen mit 9,29 % im Jahr 1999 bzw. 10,43 % im Jahr 2003 in ihrer Häufigkeit zu, wobei 2002 (n=745) ein zwischenzeitlicher Höchstwert von 12,57 % erreicht wurde. Die Zahl der von niedergelassenen Psychiatern ausgesprochenen Empfehlungen blieb mit 18,59 % 1999 bzw. 18,8 % 2003 insgesamt, trotz eines zwischenzeitlich im Jahr 2001 (n=647) erreichten Maximums von 20,52 %, unverändert.

Bezüglich ärztlicher Einweisungen aus dem stationären Bereich stieg die Zahl der seitens des Zentralklinikums angeregten Aufnahmen von 5,34 % 1999 bzw. 4,13 % 2000 (n=625) und 2001 auf 6,64 % 2003 an. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 0,34 % 1999 bzw. 1,9 % 2003 für Einweisungen aus nicht-psychiatrischen Krankenhäusern beobachten. Trotz eines im Jahr 2002 erreichten Maximalwerts von 4,68 % war der Anteil der aus dem vollstationären Bereich der eigenen Klinik erfolgten Empfehlungen insgesamt mit 3,79 % 1999 bzw. 1,9 % 2003 rückläufig. Ferner nahm auch die Zahl unterlassener Eingaben von 1,72 % 1999 bzw. 2,54 % 2000 auf 0 % 2002 und 2003 ab. Anderweitige Veränderungen in der anteilmäßigen Verteilung der ärztlichen Einweisungen ließen sich in den hier erfassten Jahren nicht beobachten. (s. Tab. 26)

A2 Ärztliche Einweisung/Empfehlung (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
aus dem ambulanten Bereich:						
ohne ärztliche Einweisung	43,89	46,42	43,95	45,45	52,13	46,37
Praktischer Arzt, Allgemeinarzt, sonstiger Arzt	6,02	7,31	6,44	3,61	3,32	5,34
niedergel. Psychiater/Psychotherapeut	18,59	17,01	20,52	17,78	18,8	18,54
eigene Ambulanz	9,29	8,43	9,95	12,57	10,43	10,13
andere psychiatr./nicht psychiatr. Ambulanz	0,34	0,32	0,31	0,8	0,32	0,42
Notarzt/ärztlicher Notdienst	6,54	4,77	5,51	4,28	1,74	4,57
sozialpsychiatrischer Dienst, GA, Arzt anderer öffentlicher Stellen	2,06	1,59	1,83	2,54	1,58	1,92
aus dem stationären Bereich:						
psychiatrische Tagklinik/Nachtklinik	0,34	0,32	0,92	0,27	0,16	0,4
andere psychiatr. Klinik, BKH Kaufbeuren bzw. BKH Günzburg	1,2	1,43	1,69	1,33	0,79	1,29
eigene Klinik (vollstationär)	3,79	4,13	2,45	4,68	1,9	3,39
eigene Klinik - Tagklinik	0,52	0,32	0,77	0,8	0,32	0,55
Zentralklinikum	5,34	4,13	4,13	5,35	6,64	5,12

A2 Ärztliche Einweisung/Empfehlung (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
psychosomat./psychotherapeut.Klinik bzw. stationäre Einrichtung für Suchtkranke	0	0,32	0	0	0	0,06
nicht-psychiatrisches Krankenhaus	0,34	0,95	1,07	0,53	1,9	0,96
keine Eingabe	1,72	2,54	0,46	0	0	0,94

(Tab. 26 „A2 Ärztliche Einweisung/Empfehlung“)

3.2.4. Wohnsituation vor Aufnahme

Hinsichtlich der vor der Aufnahme bestehenden Wohnsituation zeigte sich, dass etwa 80 % der Patienten aus dieser Diagnosegruppe in Privatwohnungen oder Wohngemeinschaften lebten. Mit über 5 % lag ferner auch der Anteil in betreutem Einzelwohnen bzw. Wohngruppen oder therapeutischen Heimen Lebender vergleichsweise hoch.

In Bezug auf die Stabilität der Werte im Verlauf der Jahre ließ sich eine Zunahme der Patienten ohne festen Wohnsitz von 1,91 % im Jahr 1999 (n=576) auf 3,32 % im Jahr 2003 (n=632) verzeichnen. Von 80,03 % 1999 auf 82,75 % 2003 stieg ferner der Anteil in Privatwohnungen lebender Patienten an. Die Zahl in betreutem Einzelwohnen bzw. in Wohngruppen lebender Patienten nahm ebenfalls von 6,25 % 1999 auf 7,44 % 2003 zu. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich mit 0,87 % im Jahr 1999 bzw. 1,74 % im Jahr 2003 für in sonstigen nicht-therapeutischen Heimen Wohnhafte. Ein Rückgang ließ sich hingegen mit 7,29 % 1999 bzw. 3,8 % 2003 bei der Zahl der in therapeutischen Heimen wohnhaften Patienten beobachten. Ebenfalls rückläufig war mit 1,39 % 1999 bzw. 1,76 % 2000 (n=625) im Vergleich zu 0,79 % 2003 der Anteil der in Altenheimen Lebenden. Auch die Zahl sonstiger Nennungen zu dieser Fragestellung zeigte sich mit 2,25 % 1999 bzw. 3,52 % 2000 rückläufig auf 0,16 % im Jahr 2003. (s. Tab. 27)

A4 Wohnsituation vor Aufnahme (1.Wohnsitz) (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
Privatwohnung, auch WG	80,03	80,32	79,44	82,28	82,75	80,96
betreutes Einzelwohnen/Wohngruppe	6,25	5,92	7,73	6,04	7,44	6,68
therapeutisches/psych. Heim, gerontopsych. Heim etc.	7,29	6,72	6,03	5,91	3,8	5,95
Altenheim, -wohnheim, -pflegeheim	1,39	1,76	1,39	1,48	0,79	1,36
sonstiges nicht-therapeut. Heim	0,87	0,32	1,39	0,4	1,74	0,94
ohne festen Wohnsitz	1,91	1,44	2,32	3,22	3,32	2,44
sonstige	2,25	3,52	1,69	0,67	0,16	1,66

(Tab. 27 „Wohnsituation vor Aufnahme (1. Wohnsitz)“)

3.2.5. Lebt zusammen mit

Bei Erweiterung der Betrachtung der Wohnsituation auf eventuelle Lebenspartner ergab sich mit etwa einem Drittel ein Überwiegen der allein in Privatwohnungen lebenden Patienten. Häufig war in dieser Patientengruppe

auch ein Zusammenleben mit (Ehe-)Partnern (16-20 %) oder Eltern (13-18 %) sowie das Wohnen in betreuten Institutionen (10-15 %) zu beobachten. Bei den Kindern wohnten ebenfalls beinahe 10 % der aufgenommenen Patienten.

Schwankungen ließen sich in den erfassten Jahren für folgende Gruppen feststellen: Der Anteil der allein in Privatwohnungen lebenden Patienten stieg insgesamt von 33,54 % 1999 (n=576) auf 37,79 % 2003 (n=632) an. Ferner nahm die Zahl der bei den Eltern wohnenden Patienten von 13,98 % im Jahr 1999 auf 15,8 % im Jahr 2003 zu, wobei 2002 (n=745) ein zwischenzeitlicher Höchstwert von 17,87 % erreicht wurde. Ebenso verhielt sich der Anteil bei Geschwistern Wohnender mit 2,48 % 1999 bzw. 3,45 % 2003 und einem im Jahr 2002 durchlaufenen Maximalwert von 4,44 %. Ein Anstieg von 1,71 % im Jahr 1999 auf 3,02 % im Jahr 2003 ließ sich darüber hinaus auch für die Zahl der Patienten ohne festen Wohnsitz ermitteln. Rückläufig war hingegen der Anteil von mit dem (Ehe-)Partner zusammenlebenden Patienten (19,88 % 1999 bzw. 17,96 % 2003 mit einem Tiefwert von 16,02 % 2000 (n=625)). Ähnlich verhielten sich, trotz eines anfänglichen Anstiegs auf einen Höchstwert von 14,68 % im Jahr 2001 (n=647), die Werte für in Institutionen bzw. betreut wohnende Patienten mit 12,58 % 1999 bzw. 10,92 % 2003. Auch der Anteil bei den Kindern lebender Patienten zeigte sich in den genannten Jahren mit 9,63 % 1999 bzw. 7,47 % 2003 rückläufig. Von 1,71 % 1999 auf 0,43 % 2003 ging ferner die Zahl bei anderen Verwandten Wohnender zurück. Auch der Anteil sonstiger Nennungen nahm von 2,33 % 1999 auf 0,72 % 2003 ab. Mit 2,17 % 1999 bzw. 2,44 % 2003 blieb die Zahl der bei Bekannten bzw. in Wohngemeinschaften lebenden Patienten, trotz eines Rückgangs auf 1,08 % im Jahr 2002, im Gesamtverlauf relativ konstant. (s. Tab. 28)

A5 Lebt zusammen mit (vor Aufnahme) (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
allein in Privatwohnung	33,54	37,81	33,57	34,89	37,79	35,52
in Institution oder betreutem Wohnen	12,58	11,98	14,68	11,99	10,92	12,43
Eltern(teil)	13,98	15,44	15,38	17,87	15,8	15,69
(Ehe-)Partner	19,88	16,02	18,6	16,55	17,96	17,8
Kind(ern)	9,63	8,37	8,25	8,87	7,47	8,52
Schwester/Bruder	2,48	3,75	3,78	4,44	3,45	3,58
anderen Verwandten	1,71	0,58	1,12	0,6	0,43	0,89
Bekanntem, Wohngemeinschaft o.ä.	2,17	1,88	1,4	1,08	2,44	1,79
ohne festen Wohnsitz	1,71	1,44	2,24	2,88	3,02	2,26
sonstige	2,33	2,74	0,98	0,84	0,72	1,52

(Tab. 28 „A5 Lebt zusammen mit (vor Aufnahme)“)

3.2.6. Höchster erreichter Schulabschluss

Bezüglich des höchsten von den Angehörigen dieser Patientengruppe erreichten Schulabschlusses fiel mit insgesamt etwa einem Drittel ein anteilmäßiges Überwiegen von Hauptschulabschlüssen auf, wobei hier die ohne Qualifizierenden Abschluss häufiger waren als diejenigen mit einem solchen. Auffällig war ferner der mit ca. 20 % hohe Anteil von unbekanntem bzw. unklarem Schulabschluss. Zahlenmäßig folgten Patienten ohne

Schulabschluss, mittlerer Reife bzw. einem Abschluss einer polytechnischen Oberschule oder (Fach-)Abitur. Nur wenige Patienten hatten die Sonderschule besucht.

Im hier erfassten Zeitraum ließ sich ein Rückgang der Patienten ohne Schulabschluss von 13,54 % im Jahr 1999 (n=576) auf 8,7 % im Jahr 2003 (n=632) feststellen. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 3,99 % 1999 bzw. 2,37 % 2003 für Sonderschulabschlüsse beobachten, wobei im Jahr 2002 (n=745) ein Minimalwert von 1,07 % erreicht wurde. Der Anteil an Hauptschulabschlüssen ohne Qualifizierenden Abschluss hingegen nahm in den genannten Jahren, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (24,73 % 2001 (n=647), 19,87 % 2002), insgesamt von 21,88 % 1999 auf 22,31 % 2003 leicht zu. Auch die Zahl der mit Qualifizierendem Abschluss erworbenen Hauptschulabschlüsse stieg im hier erfassten Zeitraum von 15,28 % 1999 auf 21,07 % 2002 bzw. 20,89 % 2003 an. Mit 10,94 % im Jahr 1999 bzw. 13,45 % im Jahr 2003 nahm ferner der Anteil von Patienten mit mittlerer Reife bzw. an polytechnischen Oberschulen erworbenen Abschlüssen zu, wobei im Jahr 2002 zwischenzeitlich ein Höchstwert von 16,11 % erreicht wurde. Trotz eines anfänglichen Rückgangs auf einen Minimalwert von 11,44 % im Jahr 2001 blieb die Zahl der über ein (Fach-)Abitur verfügenden Patienten insgesamt mit 13,37 % 1999 bzw. 13,61 % 2003 unverändert. Der Anteil unbekannter bzw. unklarer Schulsituationen ging hingegen, trotz eines im Jahr 2000 (n=625) erreichten Maximalwerts von 24 %, leicht von 19,1 % 1999 auf 18,67 % 2003 zurück. Auch die Zahl der unterlassenen Eingaben nahm im erfassten Zeitraum von 1,91 % 1999 bzw. 2,72 % 2000 auf 0 % 2003 ab. (s. Tab. 29)

A6 Höchster erreichter Schulabschluss (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
kein Abschluss	13,54	12,32	12,52	8,19	8,7	11,05
Sonderschulabschluss	3,99	1,28	2,16	1,07	2,37	2,17
Hauptschulabschluss ohne Qualifizierenden Abschluss	21,88	23,52	24,73	19,87	22,31	22,46
Hauptschulabschluss mit Qualifizierendem Abschluss	15,28	14,4	15,46	21,07	20,89	17,42
Mittlere Reife/Polytechn. Oberschule	10,94	9,76	12,83	16,11	13,45	12,62
(Fach-)Abitur	13,37	12	11,44	13,83	13,61	12,85
unbekannt/unklar	19,1	24	20,4	19,6	18,67	20,35
keine Eingabe	1,91	2,72	0,46	0,27	0	1,07

(Tab. 29 „A6 Höchster erreichter Schulabschluss“)

3.2.7. Jetzige berufliche Situation

Hinsichtlich der vor der Aufnahme aktuellen beruflichen Situation ergab sich für diese Patientengruppe folgendes Bild: Den Hauptanteil der Patienten stellten Rentenempfänger, wobei hier mit 30-40 % ein deutlich größerer Anteil an EU-/BU- bzw. Frührentnern als an regulären Altersrentenempfängern zu verzeichnen war. Ferner war etwa ein Drittel der Patienten aus verschiedenen Gründen nicht berufstätig, d.h. arbeitslos gemeldet, anderweitig ohne berufliche Beschäftigung oder als Sozialhilfeempfänger gemeldet. Vergleichsweise hoch erschien in dieser Patientengruppe ferner der Anteil beschützt Beschäftigter.

Berufstätig waren vor der Aufnahme nur etwa 10 % der Patienten, wobei die Zahl der Vollzeit Berufstätigen im erfassten Zeitraum von 8,85 % im Jahr 1999 (n=576) auf 4,75 % im Jahr 2003 (n=632) zurückging. Eine leichte Zunahme zeigte sich hingegen sowohl für Teilzeittätigkeiten (2,26 % 1999 bzw. 3,01 % 2003) als auch für gelegentliche Arbeiten (1,56 % 1999 bzw. 2,06 % 2003). Im Beobachtungszeitraum ließ sich ferner ein Rückgang der nicht berufstätigen Hausfrauen bzw. -männer von 5,9 % 1999 auf 2,82 % 2002 (n=745) bzw. 3,8 % 2003 feststellen. Auch der Anteil beschützt Beschäftigter nahm insgesamt, trotz eines im Jahr 2001 (n=647) erreichten Maximalwerts von 5,87 %, von 4,34 % 1999 auf 2,53 % 2003 ab. Die Zahl der arbeitslos gemeldeten Patienten stieg hingegen - nach einem Rückgang auf 5,6 % im Jahr 2000 (n=625) - von 12,33 % 1999 auf 14,87 % 2003 an. Ferner nahm der Anteil an Sozialhilfeempfängern von 4,69 % im Jahr 1999 auf 10,44 % im Jahr 2003 zu, wohingegen Patienten, die anderweitig ohne berufliche Beschäftigung waren, von 9,38 % 1999 auf 5,91 % 2002 bzw. 7,44 % 2003 zurückgingen. Mit 3,3 % im Jahr 1999 bzw. 4,59 % im Jahr 2003 befanden sich Patienten dieser Diagnosegruppe zunehmend häufig in Ausbildung bzw. Umschulung. Die Zahl der EU-/BU- bzw. Frührentner stieg ebenfalls von 32,47 % im Jahr 1999 auf 37,66 % im Jahr 2003 an, wobei 2002 ein Maximum von 39,73 % durchlaufen wurde. Leicht rückläufig zeigten sich hingegen mit 7,47 % 1999 bzw. 6,04 % 2002 und 6,96 % 2003 sowohl der Anteil regulärer Altersrentenempfänger als auch mit 0,52 % 1999 bzw. 0,16 % 2003 und einem Höchstwert von 1,28 % im Jahr 2000 der Anteil der Witwenrentner in dieser Diagnosegruppe. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich bei der Zahl unbekannter Berufssituationen mit 5,03 % im Jahr 1999 bzw. 1,42 % im Jahr 2003 beobachten. Ferner ging die Zahl nicht erfolgter Eingaben zu dieser Fragestellung von 1,56 % 1999 bzw. 2,72 % 2000 in den Jahren 2002 und 2003 auf 0 % zurück. Anderweitige Schwankungen der Werte ließen sich im Verlauf der genannten Jahre nicht feststellen. (s. Tab. 30)

A8 Jetzige berufliche Situation (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
berufstätig, Vollzeit	8,85	6,72	6,49	7,79	4,75	6,92
berufstätig, Teilzeit	2,26	3,04	2,47	1,88	3,01	2,53
berufstätig, gelegentlich	1,56	1,44	1,7	0,94	2,06	1,54
mithelfender Familienangehöriger	0,17	0,48	0,31	0	0,16	0,22
Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	5,9	3,2	4,79	2,82	3,8	4,1
Ausbildung, Umschulung	3,3	2,88	3,71	4,56	4,59	3,81
Wehr-/Zivildienst/FSJ	0,17	0,16	0,15	0	0,16	0,13
beschützt beschäftigt	4,34	3,68	5,87	3,62	2,53	4,01
arbeitslos gemeldet	12,33	5,6	10,36	13,29	14,87	11,29
EU/BU/Frührente, R.verfahren	32,47	39,36	35,86	39,73	37,66	37,02
Altersrente/Pension	7,47	7,2	7,26	6,04	6,96	6,99
Witwen(r)-Rente	0,52	1,28	0,93	0,94	0,16	0,77
anderweitig ohne berufl. Beschäftigung	9,38	8,16	7,57	5,91	7,44	7,69
Sozialhilfeempfänger	4,69	9,44	8,81	10,6	10,44	8,8
unbekannt/unklar	5,03	4,64	3,25	1,88	1,42	3,24
keine Eingabe	1,56	2,72	0,46	0	0	0,95

(Tab. 30 „A8 Jetzige berufliche Situation“)

3.2.8. Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung

Bei differenzierter Betrachtung des Jahres der ersten (teil-)stationären Behandlung zeigte sich eine Konzentration der Werte auf die vergangenen 20 Jahre, wobei eine ansteigende Tendenz zu beobachten war.

Die Zahl der unterlassenen Eingaben zu dieser Fragestellung war in den Jahren 1999 (n=576) mit 482 Fällen und 2000 (n=625) mit 525 Fällen vergleichsweise hoch, ging bis zum Jahr 2003 (n=632) aber auf 101 Fälle zurück. (s. Tab. 31)

A9 Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung (n)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
1942	1	0	0	0	0	0,2
1948	0	0	1	0	0	0,2
1950	2	0	1	0	0	0,6
1953	0	1	1	1	0	0,6
1956	0	1	0	0	0	0,2
1957	1	0	0	0	0	0,2
1959	0	0	0	1	1	0,4
1960	1	0	3	7	6	3,4
1961	2	0	1	0	0	0,6
1962	1	1	0	0	0	0,4
1964	0	1	1	0	1	0,6
1965	2	1	0	0	4	1,4
1966	2	0	0	0	0	0,4
1967	1	0	0	0	2	0,6
1968	1	0	0	1	4	1,2
1969	0	0	1	3	0	0,8
1970	2	1	2	6	5	3,2
1971	0	0	1	0	0	0,2
1972	0	1	0	1	0	0,4
1973	2	0	2	4	1	1,8
1974	2	0	0	1	2	1
1975	0	4	3	4	5	3,2
1976	0	0	0	1	5	1,2
1977	0	1	4	5	4	2,8
1978	2	0	1	3	9	3
1979	0	0	0	9	13	4,4
1980	2	5	2	12	7	5,6
1981	2	2	6	14	13	7,4
1982	6	3	4	9	5	5,4
1983	1	1	1	0	4	1,4

A9 Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung (n)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
1984	2	3	0	16	12	6,6
1985	1	1	5	15	5	5,4
1986	1	3	3	13	9	5,8
1987	0	1	1	4	10	3,2
1988	4	3	3	10	7	5,4
1989	3	1	3	20	8	7
1990	2	7	9	22	28	13,6
1991	4	3	11	19	23	12
1992	1	3	5	27	21	11,4
1993	3	3	4	11	11	6,4
1994	1	2	8	33	10	10,8
1995	3	2	3	28	25	12,2
1996	3	5	8	27	24	13,4
1997	3	1	10	25	24	12,6
1998	5	8	5	23	18	11,8
1999	3	6	13	25	22	13,8
2000	0	9	9	28	27	14,6
2001	0	0	54	63	37	30,8
2002	0	0	0	128	41	33,8
2003	0	0	0	2	78	16
unbekannt/unklar	22	16	4	0	0	8,4
keine Eingabe	482	525	454	124	101	337,2

(Tab. 31 „A9 Jahr der ersten (teil-)stationären psychiatrischen Behandlung überhaupt“)

3.2.9. Alter bei erster psychischer Auffälligkeit

Das Alter der Patienten bei erster psychischer Auffälligkeit blieb in relativ vielen Fällen unbekannt bzw. unklar. Der Anteil dieses Wertes an der Gesamtfallzahl blieb, abgesehen von einem starken Rückgang im Jahr 2002 relativ konstant.

Die restlichen Eingaben ergaben folgendes Bild: In der Hauptsache wurden die Patienten erstmals etwa zwischen dem 15ten und 40ten Lebensjahr auffällig, wobei sich hier ein erster Maximalwert um das 20te sowie ein zweiter, etwas niedrigerer, um das 30te Lebensjahr feststellen ließ. (s. Tab. 32)

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
10	1	2	1	1	0	1
11	0	1	0	1	0	0,4
12	1	5	0	2	0	1,6

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
13	3	0	8	5	4	4
14	4	5	7	5	7	5,6
15	9	11	20	17	8	13
16	9	17	16	12	15	13,8
17	20	12	13	19	19	16,6
18	32	29	30	51	25	33,4
19	21	12	13	32	24	20,4
20	45	59	49	51	61	53
21	13	10	11	33	12	15,8
22	15	18	28	26	20	21,4
23	25	22	9	15	19	18
24	18	22	13	18	18	17,8
25	29	23	25	33	18	25,6
26	12	17	11	23	6	13,8
27	11	17	18	25	18	17,8
28	15	12	21	22	12	16,4
29	14	5	10	12	9	10
30	32	27	33	36	33	32,2
31	5	3	9	9	7	6,6
32	8	12	8	23	11	12,4
33	13	5	13	8	10	9,8
34	5	6	6	14	8	7,8
35	11	14	18	8	12	12,6
36	3	8	5	16	11	8,6
37	4	5	9	10	8	7,2
38	4	4	4	4	12	5,6
39	6	2	3	6	0	3,4
40	21	17	12	20	12	16,4
41	3	4	2	3	2	2,8
42	2	3	2	5	12	4,8
43	4	3	2	2	2	2,6
44	1	2	1	0	2	1,2
45	5	5	5	8	9	6,4
46	5	2	0	2	1	2
47	1	0	0	2	4	1,4
48	0	2	2	11	4	3,8
49	0	3	3	4	1	2,2

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
50	2	3	8	8	8	5,8
51	2	0	1	3	1	1,4
52	0	0	0	2	2	0,8
53	2	0	1	4	1	1,6
54	2	1	0	0	2	1
55	3	4	3	0	6	3,2
56	1	1	2	0	0	0,8
57	0	0	0	1	0	0,2
58	1	1	0	1	0	0,6
59	0	0	1	0	0	0,2
60	2	3	3	1	0	1,8
61	0	0	3	0	0	0,6
62	0	1	1	4	1	1,4
63	0	0	1	1	0	0,4
64	0	2	0	0	1	0,6
65	0	1	1	0	2	0,8
66	0	1	0	1	1	0,6
67	1	1	1	0	0	0,6
68	0	0	1	0	3	0,8
70	1	1	1	2	4	1,8
71	0	0	0	2	0	0,4
72	0	1	1	0	0	0,4
74	0	0	0	1	0	0,2
76	0	1	0	0	0	0,2
77	1	0	1	0	0	0,4
78	0	1	1	1	0	0,6
80	1	3	5	0	3	2,4
81	0	0	1	0	0	0,2
82	0	0	0	0	1	0,2
83	1	1	0	2	0	0,8
84	0	0	0	1	0	0,2
85	0	0	0	0	1	0,2
87	0	0	0	1	0	0,2
88	0	1	1	0	0	0,4
89	0	0	1	0	0	0,2
90	1	0	0	0	1	0,4
94	1	0	0	0	0	0,2

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
unbekannt/unklar	115	153	165	115	138	137,2
keine Eingabe	9	18	3	0	0	6

(Tab. 32 „ZA13 Alter bei erster psych. Auffälligkeit“)

3.2.10. Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation

Hinsichtlich des Zeitraums seit Beginn der für die Aufnahme aktuellen Krankheitsmanifestation zeigte sich, dass insgesamt etwa die Hälfte der Patienten im Verlauf von 3 Monaten nach Krankheitsbeginn aufgenommen wurde. Hier fiel mit etwa 30 % ein Überwiegen der 1-4 Wochen nach der Krankheitsmanifestation aufgenommenen Patienten auf. Ein weiterer größerer Patiententeil (etwa 20 %) wurde erst über ein Jahr nach Krankheitsbeginn aufgenommen.

Im hier erfassten Zeitraum stieg die Zahl der innerhalb einer Woche erfolgten Aufnahmen, trotz eines anfänglichen Rückgangs auf einen Tiefwert von 14,08 % im Jahr 2000 (n=625), insgesamt von 17,19 % 1999 (n=576) auf 19,3 % 2003 (n=632) an. Nach 4 Wochen bis 3 Monaten erfolgten 2003 mit 21,84 % ebenfalls mehr Aufnahmen als 1999 mit 14,06 %, wobei im Jahr 2001 (n=647) ein zwischenzeitlicher Rückgang auf 12,36 % zu verzeichnen war. Auch die Zahl der nach über einem Jahr aufgenommenen Patienten nahm, bei einem 2000 erreichten Maximum von 22,24 %, insgesamt von 17,71 % im Jahr 1999 auf 20,89 % im Jahr 2003 zu. Im Gesamtverlauf mit 27,95 % 1999 bzw. 24,05 % 2003 rückläufig zeigte sich hingegen, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf ein Maximum von 34,9 % im Jahr 2002 (n=745), der Anteil von nach 1-4 Wochen erfolgten Aufnahmen. Auch die Werte für nach 3-6 Monaten aufgenommene Patienten nahmen von 9,55 % 1999 auf 6,17 % 2003 ab. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich mit 6,25 % 1999 bzw. 5,38 % 2003 sowie einem im Jahr 2000 durchlaufenen Tiefwert von 4,8 % für nach 6-12 Monaten erfolgte Aufnahmen. Ferner nahm auch die Zahl als unbekannt/unklar bezeichneter Nennungen, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 6,96 % 2001, von 5,73 % 1999 auf 2,37 % 2003 ab. Der Anteil unterlassener Eingaben ging ebenfalls von 1,56 % 1999 bzw. 2,72 % 2000 auf 0 % 2002 und 2003 zurück. (s. Tab. 33)

A14 Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
<= 1 Woche	17,19	14,08	16,85	15,84	19,3	16,65
> 1 Woche bis 4 Wochen	27,95	28,96	33,38	34,9	24,05	29,85
> 4 Wochen bis 3 Monate	14,06	14,08	12,36	17,72	21,84	16,01
> 3 Monate bis 6 Monate	9,55	8,64	6,18	6,44	6,17	7,4
> 6 Monate bis 1 Jahr	6,25	4,8	4,95	4,83	5,38	5,24
> 1 Jahr	17,71	22,24	18,86	17,45	20,89	19,43
unbekannt/unklar	5,73	4,48	6,96	2,82	2,37	4,47
keine Eingabe	1,56	2,72	0,46	0	0	0,95

(Tab. 33 „A14 Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (geschätzt“)

3.2.11. Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation

Die Frage nach während der aktuellen Krankheitsmanifestation erfolgten Vorbehandlungen ergab ein deutliches Überwiegen ambulant psychiatrisch bzw. nervenärztlich behandelter Patienten (41-65 %), gefolgt von vor der Aufnahme Unbehandelten (14-22 %).

Seit dem Jahr 2001 (n=647) nahm auch die Zahl der Vorbehandlungen seitens der Institutsambulanz von 0 % 1999 (n=576) und 2000 (n=625) auf 17,26 % 2003 (n=632) zu. Ebenfalls angestiegen war der Anteil an vor der Aufnahme unbehandelten Patienten mit 17,36 % im Jahr 1999 bzw. 14,33 % im Jahr 2000 (n=625) auf 21,39 % im Jahr 2003. Insgesamt von 4,3 % 1999 auf 5,75 % 2003 stieg auch der Anteil ambulant bei Ärzten anderer Fachrichtungen behandelter Patienten, nach Durchlaufen eines Maximums von 7,91 % 2000, an. Der Anteil ambulanter psychiatrischer bzw. nervenärztlicher Vorbehandlungen ging in den genannten Jahren hingegen von 64,13 % auf 46,02 % zurück, wobei im Jahr 2002 (n=745) ein Tiefwert von 41,79 % erreicht wurde. Auch die Zahl (teil-)stationär psychiatrisch in der eigenen Klinik vorbehandelter Patienten ging im erfassten Zeitraum, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 8,83 % im Jahr 2002, insgesamt von 5,95 % 1999 auf 3,83 % 2003 zurück. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 1,98 % 1999 bzw. 0,88 % 2003, trotz eines Maximums von 3,23 % im Jahr 2002, für (teil-)stationäre Behandlungen seitens anderer Kliniken verzeichnen. Ebenfalls rückläufig zeigten sich unbekannte bzw. unklare (2,15 % 1999 bzw. 0,12 % 2002 und 0,88 % 2003) und unterlassene Eingaben (1,32 % 1999 bzw. 2,54 % 2000, im Vergleich zu 0 % 2002 und 2003) zu dieser Fragestellung. Anderweitige größere Veränderungen waren im erfassten Zeitraum nicht festzustellen. (s. Tab. 34)

A15 Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
keine	17,36	14,33	20,67	21,89	21,39	19,13
ambulant bei Ärzten	4,3	7,91	6,16	5,72	5,75	5,97
anderer Fachrichtungen						
ambulant psychotherapeutisch	1,82	1,64	1,61	1,24	2,36	1,73
ambulant psychiatr./nervenärztl.	64,13	60,75	53,22	41,79	46,02	53,18
stationär somatisch/psychosomat.	0,99	1,04	1,03	1,12	1,62	1,16
im eigenen Nicht-KHG-Bereich	0	0,15	0,15	0	0	0,06
Institutsambulanz	0	0	8,8	16,04	17,26	8,42
(teil-)stationär psychiatrisch in eigener Klinik	5,95	8,06	5,13	8,83	3,83	6,36
(teil-)stationär psychiatrisch in anderer Klinik	1,98	2,54	2,35	3,23	0,88	2,2
unbekannt/unklar	2,15	1,04	0,44	0,12	0,88	0,93
keine Eingabe	1,32	2,54	0,44	0	0	0,86

(Tab. 34 „A15 Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation“)

3.2.12. Art des zur Aufnahme führenden Zustandes

Auf die Frage nach der Art des zur Aufnahme führenden Zustandes wurde in dieser Patientengruppe mit über 40 % zum Großteil die Verschlechterung eines chronischen Zustandes angegeben. Mit etwa einem Drittel folgte anteilmäßig das Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes als genannter Aufnahmegrund. Bei etwa 10 % der Patienten führte die Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes zur Aufnahme.

Ein Anstieg ließ sich mit 4,86 % 1999 (n=576) bzw. 7,12 % 2003 (n=632) bei Patientenfällen mit erstmaligem Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung beobachten, wobei im Jahr 2002 (n=745) ein Maximalwert von 9,53 % erreicht wurde. Der Anteil fortdauernder lang bestehender Zustände verhielt sich insgesamt, trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 9,13 % im Jahr 2002, mit 11,81 % im Jahr 1999 bzw. 12,5 % im Jahr 2003 ähnlich. Trotz eines Rückgangs auf 43,59 % im Jahr 2001 (n=647) stiegen Aufnahmen aufgrund der Verschlechterung eines chronischen Zustandes im Gesamtverlauf ebenfalls von 48,61 % 1999 auf 53,48 % 2003 an. Das Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes war hingegen mit 30,73 % 1999 bzw. 24,05 % 2003, trotz eines anfänglichen Anstiegs auf 33,23 % im Jahr 2001, zunehmend seltener zu beobachten. Eine ähnliche Entwicklung zeigten die Werte für ein deutliches Abweichen von früheren Zuständen mit 1,91 % 1999 bzw. 1,27 % 2003. Auch die Zahl unbekannter bzw. unklarer Aufnahmestände ging in den genannten Jahren von 2,08 % auf 0,4 % 2002 bzw. 1,58 % 2003 zurück. Die restlichen Werte verhielten sich relativ stabil. (s. Tab. 35)

ZA15 Art des zur Aufnahme führenden Zustandes (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
erstmaliges Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung	4,86	4,96	9,12	9,53	7,12	7,12
Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes	11,81	12	10,82	9,13	12,5	11,25
Verschlechterung eines chronischen Zustandes	48,61	47,36	43,59	48,46	53,48	48,3
Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	30,73	32,96	33,23	31,01	24,05	30,4
deutliches Abweichen von früheren Zuständen	1,91	1,92	1,55	1,34	1,27	1,6
unbekannt/unklar	2,08	0,8	1,55	0,4	1,58	1,28
keine Eingabe	0	0	0,15	0,13	0	0,06

(Tab. 35 „ZA15 Art des zur Aufnahme führenden Zustandes“)

3.2.13. Jemals Suizidversuch

Hinsichtlich eines vor der stationären Aufnahme erfolgten Suizidversuches zeigte sich ein Überwiegen der Patienten, die noch nie einen solchen durchgeführt hatten (ca. 50-60 %). Etwa ein Viertel der Patienten hatte bereits einen Suizidversuch unternommen. Ferner fiel der vergleichsweise hohe Anteil unbekannter bzw. unklarer Nennungen auf.

Ein Anstieg von 49,31 % (284 Fälle) im Jahr 1999 (n=576) auf 61,39 % (388 Fälle) im Jahr 2003 (n=632) ließ sich für die vor der Aufnahme nicht durch einen Suizidversuch auffällig gewordenen Patienten beobachten, wobei 2002 (n=745) ein Höchstwert von 62,55 % (466 Fälle) erreicht wurde. Insgesamt relativ stabil zeigte sich hingegen mit 28,47 % (164 Fälle) 1999 bzw. 27,85 % (176 Fälle) 2003 die Gesamtzahl der Suizidversuche, wobei die seit 2001 (n=647) erfolgte Trennung in „ja, unmittelbar vor Aufnahme“ und „ja, jemals früher“ zu bemerken ist. So ging der Anteil unmittelbar im Vorfeld erfolgter Suizidversuche von 28,47 % (164 Fälle) 1999 auf 2,55 % (19 Fälle) 2002 bzw. 4,91 % (31 Fälle) 2003 zurück, wohingegen jemals früher vorgenommene derartige Versuche von 0 % 1999 und 2000 (n=625) auf 22,94 % (145 Fälle) 2003 zunahmen. Auch die Zahl unbekannter bzw. unklarer Fälle nahm im erfassten Zeitraum von 21,35 % (123 Fälle) im Jahr 1999 auf 10,6 % (67 Fälle) im Jahr 2003 ab. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich, trotz eines anfänglichen Anstiegs auf 2,4 % (15 Fälle) im Jahr 2000, mit 0,87 % (5 Fälle) 1999 bzw. 0,16 % (1 Fall) 2003 für nicht erfolgte Eingaben zu dieser Fragestellung beobachten. (s. Tab. 36)

A18 Jemals Suizidversuch (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert (Ø-n)
ja, unmittelbar vor Aufnahme	28,47 (n=164)	26,56 (n=166)	13,29 (n=86)	2,55 (n=19)	4,91 (n=31)	15,16 (n=93,2)
ja, jemals früher	0 (n=0)	0 (n=0)	10,2 (n=66)	22,55 (n=168)	22,94 (n=145)	11,14 (n=75,8)
nein	49,31 (n=284)	50,56 (n=316)	60,28 (n=390)	62,55 (n=466)	61,39 (n=388)	56,82 (n=368,8)
unbekannt/unklar	21,35 (n=123)	20,48 (n=128)	15,92 (n=103)	12,21 (n=91)	10,6 (n=67)	16,11 (n=102,4)
keine Eingabe	0,87 (n=5)	2,4 (n=15)	0,31 (n=2)	0,13 (n=1)	0,16 (n=1)	0,77 (n=4,8)

(Tab. 36 „A18 Jemals Suizidversuch“)

3.2.14. Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme

Der Großteil der Patienten (etwa 80 %) war im Vorfeld der Aufnahme nicht durch Suizidalität auffällig geworden. Allerdings ließ sich im erfassten Zeitraum ein Anstieg von 77,6 % (447 Fälle) 1999 (n=576) auf 84,02 % (531 Fälle) 2003 (n=632) verzeichnen, wobei im Jahr 2002 (n=745) ein Maximum von 85,5 % (637 Fälle) durchlaufen wurde. Die Zahl der positiven Beantwortungen dieser Fragestellung ging hingegen von 16,84 % (97 Fälle) im Jahr 1999 auf 13,29 % (84 Fälle) im Jahr 2003 zurück. Rückläufig zeigte sich ferner der Anteil unbekannter bzw. unklarer Nennungen von 5,56 % (32 Fälle) 1999 auf 1,48 % (11 Fälle) 2002 bzw. 2,69 % (17 Fälle) 2003. Die restlichen Werte ließen keine größeren Schwankungen beobachten. (s. Tab. 37).

A19 Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert (Ø-n)
ja	16,84 (n=97)	13,28 (n=83)	13,45 (n=87)	13,02 (n=97)	13,29 (n=84)	13,98 (n=89,6)

A19 Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert (Ø-n)
nein	77,6 (n=447)	83,2 (n=520)	83,46 (n=540)	85,5 (n=637)	84,02 (n=531)	82,76 (n=535)
unbekannt/unklar	5,56 (n=32)	3,36 (n=21)	2,94 (n=19)	1,48 (n=11)	2,69 (n=17)	3,21 (n=20)
keine Eingabe	0 (n=0)	0,16 (n=1)	0,15 (n=1)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,06 (n=0,4)

(Tab. 37 „A19 Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“)

3.2.15. Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme

Bezüglich im Vorfeld der Aufnahme seitens der Patienten erfolgter Bedrohungen bzw. Tätlichkeiten ergab sich mit etwa 80 % ein Überwiegen niemals dergestalt aufgefallener Patienten. Anteilmäßig folgten Fälle nur bedrohlichen Verhaltens ohne Tätlichkeiten (8-12 %) und leichter Körperverletzungen (2-5 %).

Im erfassten Zeitraum ging der Anteil an von dieser Patientengruppe verübten leichten Körperverletzungen von 4,86 % (28 Fälle) 1999 (n=576) auf 3,96 % (25 Fälle) 2003 (n=632) zurück, wobei im Jahr 2001 (n=647) ein Minimalwert von 2,16 % (14 Fälle) zu verzeichnen war. Von 1,22 % (7 Fälle) 1999 auf 3,64 % (23 Fälle) 2003 nahm hingegen die Zahl der Sachbeschädigungen fremder Gegenstände zu. Der Anteil nicht durch Tätlichkeiten auffälliger Patienten blieb mit 83,16 % 1999 bzw. 83,07 % 2003, trotz eines zwischenzeitlichen leichten Abfalls auf 81,92 % im Jahr 2000 (n=625), relativ konstant. Ähnlich verhielten sich die Werte für bedrohliches Verhalten mit 7,99 % 1999 bzw. 8,07 % 2003, wobei hier ein zwischenzeitlicher Anstieg auf einen Maximalwert von 12 % im Jahr 2000 zu beobachten war. Die Betrachtung der tatsächlichen Fallzahlen ergab für diese beiden Nennungen ein etwas anderes Bild: Negative Eingaben nahmen insgesamt leicht von 479 im Jahr 1999 auf 525 im Jahr 2003 zu, wobei 2002 ein Höchstwert von 611 Fällen erreicht wurde. Bedrohliches Verhalten fand sich zwar mit 46 Fällen 1999 bzw. 51 Fällen 2003 in relativ konstanter Zahl, durchlief sein Maximum von 77 Fällen aber im Jahr 2001. Auch der Anteil der Sachbeschädigungen eigener Gegenstände zeigte sich mit 0,69 % (4 Fälle) 1999 bzw. 0,47 % (3 Fälle) 2003 im Gesamtverlauf, trotz eines Höchstwerts von 2,28 % (17 Fälle) 2002 (n=745), stabil. Unbekannt bzw. unklar blieb die Frage nach eventuellen Bedrohungen mit 1,39 % (8 Fälle) 1999 bzw. 0 % 2003 hingegen zunehmend seltener. Die übrigen Werte verhielten sich, abgesehen von einem zwischenzeitlichen Rückgang schwerer Körperverletzungen auf 0 % 2000, im beobachteten Zeitraum relativ stabil. (s. Tab. 38)

A21 Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert (Ø-n)
nein	83,16 (n=479)	81,92 (n=512)	82,69 (n=535)	82,01 (n=611)	83,07 (n=525)	82,57 (n=532,4)
schwere Körperverletzung, Waffengebrauch o.ä.	0,69 (n=4)	0 (n=0)	0,62 (n=4)	0,67 (n=5)	0,79 (n=5)	0,55 (n=3,6)

A21 Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert (Ø-n)
leichte Körperverletzung, Ohrfeigen o.ä.	4,86 (n=28)	2,88 (n=18)	2,16 (n=14)	3,49 (n=26)	3,96 (n=25)	3,47 (n=22,2)
nur Sachbeschädigung, einschließlich fremder Sachen	1,22 (n=7)	1,44 (n=9)	1,24 (n=8)	2,28 (n=17)	3,64 (n=23)	1,96 (n=12,8)
nur Sachbeschädigung bei eigenen Sachen	0,69 (n=4)	0,8 (n=5)	0,93 (n=6)	2,28 (n=17)	0,47 (n=3)	1,03 (n=7)
nur bedrohliches Verhalten ohne Tätlichkeiten	7,99 (n=46)	12 (n=75)	11,9 (n=77)	8,72 (n=65)	8,07 (n=51)	9,74 (n=62,8)
unbekannt/unklar	1,39 (n=8)	0,96 (n=6)	0,46 (n=3)	0,54 (n=4)	0 (n=0)	0,67 (n=4,2)

(Tab. 38 „A21 Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“)

3.2.16. Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts

Die differenzierte Betrachtung der dieser Patientengruppe während des stationären Aufenthalts verordneten Psychopharmaka ergab ein Überwiegen der Verwendung atypischer Antipsychotika (über ein Viertel). Anteilmäßig folgten mit konventionellen Antipsychotika (14-24 %) sowie mit Benzodiazepinen (13-16 %) therapierte Patienten. Ferner wurden auch typische Depot-Antipsychotika, Clozapin, Antidepressiva, andere Tranquilizer bzw. Hypnotika und Antiparkinsonmittel vergleichsweise häufiger angewandt als andere Medikamentenklassen.

Mit nur etwa 1 % wurde nur in wenigen Patientenfällen auf eine psychopharmakologische Dauermedikation verzichtet, wobei hier ein Rückgang von 1,62 % im Jahr 1999 (n=576) auf 0,67 % im Jahr 2003 (n=632) zu verzeichnen war. Ferner nahm auch die Zahl mit Clozapin unterstützter Therapien von 4,18 % 1999 auf 2,67 % 2003 ab. Rückläufig zeigte sich mit 10,13 % 1999 bzw. 3,44 % 2003 und einem Minimalwert von 2,53 % im Jahr 2002 (n=745) auch die Verwendung typischer, bei gleichzeitig zunehmender Verwendung atypischer Depot-Antipsychotika (0 % 1999 und 2000 (n=625) bzw. 3,44 % 2003). Ferner stieg der Anteil atypischer Antipsychotika von 25,37 % 1999 auf 42,5 % 2002 bzw. 37,36 % 2003 an, während im selben Zeitraum die Verwendung konventioneller Antipsychotika von 23,12 % 1999 auf 14,34 % 2002 bzw. 18,98 % 2003 zurückging. Zunehmend verordnet wurden mit 8,2 % 1999 bzw. 9,94 % 2003 weiterhin Antidepressiva, wobei im Jahr 2002 ein zwischenzeitlicher Höchstwert von 13,96 % erreicht wurde. Auch die Verwendung anderer Tranquilizer bzw. Hypnotika nahm von 2,01 % 1999 auf 4,87 % 2003 zu. Auf jeweils 0 % in den Jahren 2002 und 2003 fiel die Verwendung folgender Psychopharmaka ab: Lithium, Medikamente zur Substitutionsbehandlung, Betablocker, Clomethiazol, Antiparkinsonmittel (von 6,26 % 1999) und sonstige Medikamente. Demgegenüber stieg der Anteil der Nootropika von 0 % 1999 und 2000 auf 2,77 % 2003 an. Mit 14,39 % 1999 bzw. 14,43 % 2003 blieb die Zahl der verordneten Benzodiazepine insgesamt, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (15,46 % 2001, 13,18 % 2002), relativ konstant. Ähnlich stabil zeigte sich, nach einem anfänglichen starken Anstieg auf ein Maximum von 2,06 % im Jahr 2000, der Anteil der anderen Antiepileptika mit 0,62 % 1999 bzw. 0,61 % 2003. Die restlichen Werte blieben relativ konstant. (s. Tab. 39)

E4 Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
keine oder nur Bedarfsmedikation	1,62	1,18	1,15	0,64	0,67	1,05
Clozapin	4,18	4,93	4,94	4,77	2,67	4,3
Depot-Antipsychotika (typisch)	10,13	9,64	5,07	2,53	3,44	6,16
Depot-Antipsychotika (atypisch)	0	0	0,06	1,37	3,44	0,97
andere atypische Antipsychotika	25,37	31,64	38,1	42,5	37,36	34,99
andere Antipsychotika	23,12	17,37	18,73	14,34	18,98	18,51
Antidepressiva	8,2	5,15	7,7	13,96	9,94	8,99
Benzodiazepine	14,39	15,31	15,46	13,18	14,43	14,55
andere Tranquilizer/Hypnotika	2,01	1,99	4,55	4,59	4,87	3,6
Lithium	0,23	0,29	0,13	0	0	0,13
Carbamazepin	1,16	0,96	0,45	0,9	0,77	0,85
andere Antiepileptika	0,62	2,06	0,64	0,56	0,61	0,9
Nootropika	0	0	0,26	0,55	2,77	0,72
Substitutionsbehandlung	0,08	0,15	0,06	0	0	0,06
Opiatersatzstoffe	0	0	0	0,04	0	0,01
Betablocker	1,7	0,74	0,13	0	0	0,51
Clomethiazol	0,23	0,22	0	0	0	0,09
Antiparkinsonmittel	6,26	7,06	2,18	0	0	3,1
sonstige	0,7	1,18	0,38	0	0	0,45
unbekannt/unklar	0	0,14	0	0	0	0,03
keine Eingabe	0	0	0	0,04	0	0,01

(Tab. 39 „E4 Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts“)

3.2.17. Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung

Hinsichtlich der dieser Patientengruppe nach der Entlassung empfohlenen psychopharmakologischen Weiterbehandlung ergab sich folgendes Bild: In der Hauptsache erfolgte die weiterführende Therapie mit atypischen Antipsychotika (30-46 %). Häufig fanden auch konventionelle Antipsychotika (10-22 %), typische Depot-Antipsychotika (3-15 %), Antidepressiva (6-13 %) sowie Benzodiazepine (6-9 %) Verwendung. Vergleichsweise höher lag ferner der Anteil folgender Psychopharmaka: Clozapin, andere Tranquilizer bzw. Hypnotika und Antiparkinsonmittel.

Nur bei 1-2 % der Patienten wurde auf eine psychopharmakologische Weiterbehandlung verzichtet, wobei hier ein Anstieg von 1,04 % im Jahr 1999 (n=576) auf 2,07 % 2002 (n=745) bzw. 1,63 % 2003 (n=632) zu beobachten war. Die anteilmäßige Verordnung von Clozapin nahm, trotz eines zwischenzeitlichen Maximums von 6,6 % 2001 (n=647), im erfassten Zeitraum hingegen von 5,28 % im Jahr 1999 auf 3,18 % im Jahr 2003 ab. Rückläufig zeigte sich mit 14,6 % 1999 bzw. 4,96 % 2003 und einem Tiefwert von 3,57 % im Jahr 2002 ferner die Verwendung typischer, bei gleichzeitigem Anstieg der Zahl der verordneten atypischen Depot-Antipsychotika von 0 % 1999 und 2000 (n=625) auf 4,49 % 2003. Der Anteil mit atypischen Antipsychotika behandelte Patienten stieg von 30,33 % 1999 auf 45,82 % 2002 bzw. 39,82 % 2003 an, während

die Verordnung konventioneller Antipsychotika im Verlauf der genannten Jahre von 21,12 % auf 15,25 % absank, wobei im Jahr 2002 ein Tiefwert von 10,71 % erreicht wurde. Ferner stieg die Zahl verwendeter Antidepressiva von 8,9 % 1999 bzw. 6,05 % 2000 auf 10,6 % 2003 an, nachdem im Jahr 2002 ein Maximum von 12,5 % durchlaufen wurde. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich bei Benzodiazepinen bzw. anderen Tranquilizern/Hypnotika mit 6,73 % bzw. 1,55 % 1999 und 8,75 % bzw. 5,74 % 2003 feststellen. Auch die Anwendung von Nootropika nahm in den erfassten Jahren von 0 % 1999 und 2000 auf 3,25 % 2003 zu. Auf jeweils 0 % in den Jahren 2002 und 2003 ging hingegen die Verwendung folgender Psychopharmaka zurück: Lithium, Medikamente zur Substitutionsbehandlung, Betablocker, Antiparkinsonmittel (von 5,28 % 1999 bzw. 6,79 % 2000) und andere Medikamente aus dem psychiatrischen Bereich. Die Zahl der verordneten anderen Antiepileptika blieb insgesamt, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 2,6 % im Jahr 2000, mit 1,04 % 1999 bzw. 1,47 % 2003 relativ unverändert. Die übrigen Werte ließen im Beobachtungszeitraum keine größeren Schwankungen erkennen. (s. Tab. 40)

E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
kein Medikament aus psychiatr. Medik.	1,04	1,02	2,2	2,07	1,63	1,59
Clozapin	5,28	5,86	6,6	5,65	3,18	5,31
Depot-Antipsychotika (typisch)	14,6	11,91	7,04	3,57	4,96	8,42
Depot-Antipsychotika (atypisch)	0	0	0,09	2,22	4,49	1,36
andere atypische Antipsychotika	30,33	37,58	41,73	45,82	39,82	39,06
andere Antipsychotika	21,12	15,53	17,25	10,71	15,25	15,97
Antidepressiva	8,9	6,05	8,54	12,5	10,6	9,32
Benzodiazepine	6,73	7,81	8,27	8,65	8,75	8,04
andere Tranquilizer/Hypnotika	1,55	1,58	3,79	6,15	5,74	3,76
Lithium	0,21	0,28	0,18	0	0	0,13
Carbamazepin	1,04	1,02	0,62	0,71	0,85	0,85
andere Antiepileptika	1,04	2,6	0,62	1	1,47	1,35
Nootropika	0	0	0,09	0,79	3,25	0,83
Substitutionsbehandlung	0,1	0,09	0,18	0	0	0,07
Opiatersatzstoffe	0	0	0	0,07	0	0,01
Betablocker	1,35	1,12	0,18	0	0	0,53
Antiparkinsonmittel	5,28	6,79	2,29	0	0	2,87
andere Medikamente aus psych. Medik.	1,24	0,56	0,18	0	0	0,4
unbekannt/unklar	0,21	0,19	0,09	0	0	0,1
keine Eingabe	0	0	0,09	0	0	0,02

(Tab. 40 „E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung“)

3.2.18. Probleme bei der Psychopharmakotherapie

Bezüglich eventueller Probleme bei der Psychopharmakotherapie zeigte sich, dass in über der Hälfte der Fälle keinerlei Probleme auftraten. Der Anteil an Therapieresistenzen bzw. ungenügender Wirkung stieg im erfassten Zeitraum zunächst von 9,97 % 1999 (n=576) auf 12,31 % 2000 (n=625) an, fiel bis zu den Jahren 2002 (n=745) und 2003 (n=632) hingegen auf 0 % ab. Ebenfalls auf jeweils 0 % 2002 und 2003 ging die Zahl an erheblichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (7,04 % 1999) und mangelnder Patient compliance (8,59 % 1999) zurück. Auch die Zahl problemlos verlaufener Therapien zeigte sich mit 70,1 % 1999 bzw. 59,81 % 2003 insgesamt rückläufig, wobei im Jahr 2002 ein Tiefwert von 51,81 % erreicht wurde. Ferner gingen auch Patientenfälle, in denen keinerlei medikamentöse Therapie erfolgte, von 3,78 % im Jahr 1999 auf 1,9 % im Jahr 2003 zurück. Ein Anstieg ließ sich hingegen mit 0,34 % im Jahr 1999 bzw. 38,29 % im Jahr 2003 sowie einem 2002 durchlaufenen Maximalwert von 46,17 % für den Anteil unterlassener Eingaben zu dieser Fragestellung beobachten. Anderweitige Schwankungen waren nicht zu verzeichnen. (s. Tab. 41)

E5 Probleme bei der Psychopharmakotherapie (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
entfällt (keine Medikamente)	3,78	2,96	2,74	1,88	1,9	2,65
keine besonderen Probleme	70,1	69	69,21	51,81	59,81	63,99
Therapieresistenz/mangelnde Wirkung	9,97	12,31	5,64	0	0	5,58
erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen	7,04	7,48	2,74	0	0	3,45
mangelnde Compliance des Patienten	8,59	7,63	3,51	0	0	3,95
sonstige	0,17	0,31	0,91	0,13	0	0,3
keine Eingabe	0,34	0,31	15,24	46,17	38,29	20,07

(Tab. 41 „E5 Probleme bei der Psychopharmakotherapie“)

In der im zweiten Halbjahr 2001 in die BADO integrierten Rubrik zur Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen wurden bei Patienten dieser Diagnosegruppe hauptsächlich nicht ausreichende Wirkung (15-20 %), Akathisie und Frühdyskinesien (5-9 %), schweres Parkinsonsyndrom (1-4 %) und sexuelle Funktionsstörungen (1-2 %) genannt. Anteilmäßig folgten Unruhe bzw. Erregungszustand, Leberwerterhöhung, QT-Verlängerung, Spätdyskinesie und Ödeme. Auffällig war der hohe Anteil an nicht klar definierten („sonstige“) (4-12 %) sowie nicht erfolgten Eingaben (53-62 %).

Im erfassten Zeitraum nahm der prozentuale Anteil unterlassener Eingaben zudem von 53,69 % 2002 (n=745) auf 61,87 % 2003 (n=632) zu, wohingegen die tatsächlichen Fallzahlen mit 400 2002 und 391 2003 relativ konstant blieben. Sonstige Nebenwirkungen wurden mit 11,28 % (84 Fälle) 2002 bzw. 4,11 % (26 Fälle) 2003 hingegen seltener beobachtet. Ferner ging auch die Zahl der Patientenfälle, in denen über nicht ausreichende Wirkung berichtet wurde von 19,32 % (144 Fälle) im Jahr 2002 auf 15,03 % (95 Fälle) im Jahr 2003 zurück. Auch die Werte für schweres Parkinsonsyndrom (3,09 % (23 Fälle) 2002 bzw. 1,58 % (10 Fälle) 2003) und Leberwerterhöhungen (1,07 % (8 Fälle) 2002 bzw. 0,95 % (6 Fälle) 2003) verhielten sich rückläufig. Ein

Anstieg von 5,64 % (42 Fälle) 2002 auf 8,54 % (54 Fälle) 2003 ließ sich hingegen im Bereich der Akathisie und Frühdyskinesien verzeichnen. Die restlichen Werte blieben in den hier erfassten Jahren relativ konstant. (s. Tab. 42)

UAW (%)	2002 N (n=745)	2002%	2003 N (n=632)	2003%	Ø-N	Ø-Wert
Akathisie u. Frühdyskinesien	42	5,64	54	8,54	48	7,09
allerg. Reaktion Haut	1	0,13	1	0,16	1	0,15
depressives Syndrom	2	0,27	2	0,32	2	0,3
Grand-Mal-Anfall	2	0,27	2	0,32	2	0,3
Harnsperre	2	0,27	0	0	1	0,14
Hypertonie	3	0,4	0	0	1,5	0,2
Hyponatriämie	0	0	2	0,32	1	0,16
Leberwerterhöhung	8	1,07	6	0,95	7	1,01
manisches Syndrom	1	0,13	1	0,16	1	0,15
nicht ausreichende Wirkung	144	19,32	95	15,03	119,5	17,18
orth. Kollaps	1	0,13	1	0,16	1	0,15
paran.-hall. Syndrom	1	0,13	2	0,32	1,5	0,23
Parkinsonsyndrom schwer	23	3,09	10	1,58	16,5	2,34
QT-Verlängerung	1	0,13	6	0,95	3,5	0,54
quant. Bewusstseinsstörung	4	0,54	3	0,47	3,5	0,51
sexuelle Funktionsstörung	10	1,34	10	1,58	10	1,46
sonst. Tachyarrhythmien	1	0,13	1	0,16	1	0,15
Spätdyskinesie	5	0,67	6	0,95	5,5	0,81
Ödeme	2	0,27	4	0,63	3	0,45
Unruhe/Erregungszustand	8	1,07	7	1,11	7,5	1,09
(Sub)ileus	0	0	1	0,16	0,5	0,08
Serotoninsyndrom	0	0	1	0,16	0,5	0,08
sonstige	84	11,28	26	4,11	55	7,7
keine Eingabe	400	53,69	391	61,87	395,5	57,78

(Tab. 42 „UAW“)

3.2.19. Suizidversuch/Suizid während des stationären Aufenthalts

Mit über 98 % wurde in dieser Patientengruppe während des stationären Aufenthalts kein Suizidversuch verübt. Die Zahl der Suizide verhielt sich mit 0,17 % 1999 (n=576) bzw. 0,16 % 2003 (n=632) im Gesamtverlauf, trotz eines zwischenzeitlichen leichten Anstiegs auf 0,27 % 2002 (n=745), konstant. Dies entspricht jeweils einem Suizid in den Jahren 1999 und 2003, wohingegen sich im Jahr 2002 zwei Patienten dieser Diagnosegruppe suizidierten. Ferner ließ sich für sicher gefährliche Suizidversuche sowie für vorsätzliche Selbstschädigungen ohne Suizidabsicht ein Anstieg von jeweils 0,35 % (2 Fälle) 1999 auf 0,63 % (4 Fälle) bzw. 0,79 % (5 Fälle)

2003 verzeichnen. Die übrigen Werte zeigten im Verlauf der erfassten Jahre keine größeren Schwankungen. (s. Tab. 43)

E11 Suizidversuch während des stationären Aufenthalts (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert (Ø-n)
keiner	98,26 (n=566)	98,72 (n=617)	98,61 (n=638)	98,93 (n=737)	98,1 (n=620)	98,52 (n=635,6)
Suizid	0,17 (n=1)	0 (n=0)	0,15 (n=1)	0,27 (n=2)	0,16 (n=1)	0,15 (n=1)
sicher gefährlicher Suizidversuch	0,35 (n=2)	0,16 (n=1)	0,62 (n=4)	0,13 (n=1)	0,63 (n=4)	0,38 (n=2,4)
sonstiger Suizidversuch	0,52 (n=3)	0,32 (n=2)	0,46 (n=3)	0,27 (n=2)	0,32 (n=2)	0,38 (n=2,4)
vorsätzliche Selbstschädigung ohne Suizidabsicht	0,35 (n=2)	0 (n=0)	0,15 (n=1)	0,4 (n=3)	0,79 (n=5)	0,34 (n=2,2)
unbekannt/unklar	0,35 (n=2)	0,8 (n=5)	0 (n=0)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,23 (n=1,4)

(Tab. 43 „E11 Suizidversuch während des stationären Aufenthalts“)

3.2.20. Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts

Innerhalb dieser Diagnosegruppe lag der Anteil der während des stationären Aufenthalts nicht durch Bedrohungen bzw. Tätlichkeiten auffällig gewordenen Patienten bei etwa 90 %. Es folgten nur bedrohliches Verhalten ohne Tätlichkeiten und leichte Körperverletzungen. Schwere Körperverletzungen wurden in dieser Diagnosegruppe nicht beobachtet.

Insgesamt rückläufig zeigte sich mit 92,71 % 1999 (n=576) bzw. 90,03 % 2003 (n=632) der Anteil negativer Eingaben zu dieser Fragestellung, wobei hier ein Minimalwert von 89,6 % im Jahr 2000 (n=625) durchlaufen wurde. Die tatsächliche Zahl von Fällen, in denen keine Bedrohungen zu beobachten waren, stieg demgegenüber leicht von 534 im Jahr 1999 auf 569 im Jahr 2003 an, wobei im Jahr 2002 ein Maximum von 681 Fällen erreicht wurde. Im erfassten Zeitraum ging die Zahl leichter Körperverletzungen hingegen von 1,91 % (11 Fälle) 1999 bzw. 2,24 % (14 Fälle) 2000 auf 1,11 % (7 Fälle) 2003 zurück. Ein Anstieg von 4,34 % (25 Fälle) im Jahr 1999 auf 7,59 % (48 Fälle) im Jahr 2003 ließ sich demgegenüber bei durch bedrohliches Verhalten auffälligen Patienten beobachten, wobei zudem eine maximale Fallzahl von 53 im Jahr 2002 (n=745) zu verzeichnen war. Trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 1,08 % (7 Fälle) 2001 (n=647), gefolgt von einem Abfall auf 0 % 2002, blieb die Zahl der Sachbeschädigungen fremder Gegenstände insgesamt mit 0,35 % 1999 bzw. 0,32 % 2003 (jeweils 2 Fälle) unverändert. Auch die restlichen Werte blieben im Zeitverlauf, trotz eines jeweiligen Rückgangs auf 0 % im Jahr 2002, relativ konstant. (s. Tab. 44)

E12 Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert (Ø-n)
keine	92,71 (n=534)	89,6 (n=560)	91,65 (n=593)	91,41 (n=681)	90,03 (n=569)	91,08 (n=587,4)
leichte Körperverletzung, Ohrfeigen o.ä.	1,91 (n=11)	2,24 (n=14)	0,93 (n=6)	1,48 (n=11)	1,11 (n=7)	1,53 (n=9,8)
nur Sachbeschädigung, einschließlich fremder Sachen	0,35 (n=2)	0,32 (n=2)	1,08 (n=7)	0 (n=0)	0,32 (n=2)	0,41 (n=2,6)
nur Sachbeschädigung bei eigenen Sachen	0,17 (n=1)	0,32 (n=2)	0,15 (n=1)	0 (n=0)	0,47 (n=3)	0,22 (n=1,4)
nur bedrohliches Verhalten ohne Tätlichkeiten	4,34 (n=25)	7,04 (n=44)	6,03 (n=39)	7,11 (n=53)	7,59 (n=48)	6,42 (n=41,8)
unbekannt/unklar	0,52 (n=3)	0,48 (n=3)	0,15 (n=1)	0 (n=0)	0,47 (n=3)	0,34 (n=2)

(Tab. 44 „E12 Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts“)

3.2.21. Fixierungen

Bei differenzierter Betrachtung der während des stationären Aufenthalts erfolgten Fixierungen zeigte sich, dass bei etwa 90 % der Patienten dieser Diagnosegruppe derartige Maßnahmen nicht erfolgten. Mit in etwa gleichen Anteilen folgten Fälle, in denen einmal bzw. mehrmals Fixierungen durchgeführt wurden.

Im erfassten Zeitraum ging der Anteil nicht erfolgter Fixierungen, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf einen Maximalwert von 92,75 % im Jahr 2002 (n=745), im Gesamtverlauf von 89,76 % 1999 (n=576) auf 88,92 % 2003 (n=632) zurück. Die Betrachtung der Absolutzahlen ergab hier hingegen insgesamt eine Zunahme von 517 Fällen 1999 auf 562 Fälle 2003, wobei im Jahr 2002 ebenfalls ein Höchstwert (691 Fälle) durchlaufen wurde. Ein Anstieg ließ sich mit 4,51 % (26 Fälle) im Jahr 1999 bzw. 6,33 % (40 Fälle) im Jahr 2003 auch in der Gruppe der einmaligen Fixierungen verzeichnen. Die Prozentzahl der mehrmals fixierten Patienten zeigte sich im erfassten Zeitraum mit 5,38 % im Jahr 1999 bzw. 4,75 % im Jahr 2003, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (6,72 % (42 Fälle) im Jahr 2000 (n=625), 1,48 % (11 Fälle) im Jahr 2002), insgesamt leicht rückläufig. Die tatsächlichen Fallzahlen waren dagegen konstant (31 Fälle 1999 bzw. 30 Fälle 2003). Die restlichen Werte blieben in den hier erfassten Jahren relativ konstant. (s. Tab. 45)

E14 Fixierungen (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert (Ø-n)
keine	89,76 (n=517)	88,16 (n=551)	88,25 (n=571)	92,75 (n=691)	88,92 (n=562)	89,57 (n=578,4)
einmal	4,51 (n=26)	4,96 (n=31)	5,26 (n=34)	5,64 (n=42)	6,33 (n=40)	5,34 (n=34,6)
mehrmals	5,38 (n=31)	6,72 (n=42)	6,03 (n=39)	1,48 (n=11)	4,75 (n=30)	4,87 (n=30,6)

E14 Fixierungen (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert (Ø-n)
unbekannt/unklar	0,35 (n=2)	0,16 (n=1)	0,46 (n=3)	0,13 (n=1)	0 (n=0)	0,22 (n=1,4)

(Tab. 45 „E14 Fixierungen“)

3.2.22. Verweildauer nach Gruppen

Hinsichtlich der jeweiligen stationären Verweildauer ergab sich innerhalb dieser Diagnosegruppe folgendes Gesamtbild: mit 38-41 % überwog der Anteil 1-3 Monate dauernder stationärer Aufenthalte. Ebenfalls häufiger ließen sich Aufenthalte von 3-6 Monaten (12-19 %), 21-31 Tagen (10-13 %), 2-7 Tagen (8-11 %), 7-14 Tagen (7-11 %) sowie 14-21 Tagen (7-10 %) Dauer beobachten. Längere oder kürzere stationäre Aufenthalte erreichten geringere Werte.

Im erfassten Zeitraum nahm die Zahl der 1-3 Monate dauernden Aufenthalte von 38,37 % 1999 (n=576) auf 40,35 % 2003 (n=632) zu. Auch der Anteil der 7-14 Tage stationär verbliebenen Patienten stieg in den genannten Jahren von 7,29 % auf 8,7 % an, wobei im Jahr 2002 (n=745) ein Maximum von 10,34 % erreicht wurde. Ferner nahm die Zahl der 14-21 Tage in der Klinik Verbliebenen, mit einem im Jahr 2001 (n=647) erreichten Höchstwert von 9,74 %, von 7,12 % 1999 auf 8,23 % 2003 zu. Im Gesamtverlauf stiegen, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (12,32 % 2000 (n=625), 18,52 % 2002), ferner auch die Werte für Verweildauern von 3-6 Monaten leicht von 15,28 % 1999 auf 15,82 % 2003 an. Rückläufig zeigten sich hingegen mit 6,94 % 1999 bzw. 5,7 % 2003 Aufenthalte von bis zu 2 Tagen Dauer, wobei im Jahr 2002 ein Minimum von 3,22 % durchlaufen wurde. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 10,59 % 1999 bzw. 9,18 % 2003 sowie einem im Jahr 2002 erreichten Tiefwert von 8,05 % für die Zahl der 2-7 Tage stationär verbliebenen Patienten verzeichnen. Auch Aufenthalte von 21-31 Tagen Dauer nahmen anteilmäßig von 12,85 % im Jahr 1999 auf 10,07 % im Jahr 2002 bzw. 10,92 % im Jahr 2003 ab. Trotz eines Anstiegs auf einen Maximalwert von 2,68 % im Jahr 2002 blieben die Werte für 6-12 Monate in der Klinik verbliebene Patienten mit 1,56 % 1999 bzw. 1,16 % 2003 relativ unverändert. Anderweitige Schwankungen waren im Verlauf der genannten Jahre nicht festzustellen. (s. Tab. 46)

Verweildauer nach Gruppen (%)	1999 (n=576)	2000 (n=625)	2001 (n=647)	2002 (n=745)	2003 (n=632)	Ø-Wert
bis 2 Tage	6,94	4,48	4,02	3,22	5,7	4,87
2 - 7 Tage	10,59	9,76	9,43	8,05	9,18	9,4
7 - 14 Tage	7,29	9,28	10,2	10,34	8,7	9,16
14 - 21 Tage	7,12	9,44	9,74	7,11	8,23	8,33
21 - 31 Tage	12,85	12,8	10,97	10,07	10,92	11,52
1 - 3 Monate	38,37	38,88	38,33	40	40,35	39,19
3 - 6 Monate	15,28	12,32	15,46	18,52	15,82	15,48
6 - 12 Monate	1,56	2,4	1,7	2,68	1,11	1,89
Rest	0	0,64	0,15	0	0	0,16

(Tab. 46 „Verweildauer nach Gruppen“)

3.3. Patienten mit affektiven Störungen (ICD-10-Gruppen F31-33)

3.3.1. ICD-10-Gruppe - Diagnosen F31-33

Hinsichtlich der innerhalb der Diagnosegruppe F3 bestehenden anteilmäßigen Verteilung der Patientenzahlen ergab sich ein leichtes Überwiegen der Patienten, die aufgrund depressiver Episoden (ICD-10 F32) oder rezidivierender depressiver Störungen (ICD-10 F33) stationär aufgenommen wurden gegenüber denjenigen mit bipolaren affektiven Störungen (ICD-10 F31).

Im hier erfassten Zeitraum ließ sich insgesamt ein Rückgang der Patientenzahlen aus der Gruppe F31 von 27,82 % 1999 (n=363) auf 15,9 % 2003 (n=629) beobachten, der trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (13,75 % 2001 (n=458), 21,92 % 2002 (n=584)) in der Gesamttendenz erhalten blieb. Ferner nahm der Anteil der Diagnosegruppe F32 von 47,66 % im Jahr 1999 auf 33,9 % im Jahr 2002 bzw. 37,36 % im Jahr 2003 ab. Gleichzeitig stieg die Zahl der Patienten aus der Gruppe F33 im Gesamtverlauf von 24,52 % im Jahr 1999 auf 46,74 % im Jahr 2003 an, wobei hier im Jahr 2001 ein Maximalwert von 48,91 % erreicht wurde. (s. Tab. 47)

ICD-10-Gruppe (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
F31	27,82	18,77	13,75	21,92	15,9	19,63
F32	47,66	45,19	37,34	33,9	37,36	40,29
F33	24,52	36,05	48,91	44,18	46,74	40,08

(Tab. 47 „ICD-10 Gruppe“)

3.3.2. Aufnahmegrund/ Rechtsgrundlage

Eine differenzierte Betrachtung der bei dieser Patientengruppe zur Aufnahme führenden Rechtsgrundlage ergab ein deutliches Überwiegen freiwillig erscheinener Patienten, wobei der Anteil freiwilliger Aufnahmen (90-96 %) denjenigen der freiwillig bei Betreuung erfolgten (2-5 %) übertraf. Vergleichsweise hoch war ferner die Zahl der basierend auf Art. 9 UbG und § 70 FGG (vorläufige Unterbringung) bzw. Art.10/2 UbG („Polizeibericht“ hier bestätigt) bzw. Art. 10/1 UbG (Beschluss der Kreisverwaltungsbehörde) bzw. Unterbringungsgesetzen anderer Länder aufgenommenen Patienten.

Für diesen Aufnahmegrund ließ sich insgesamt mit 3,59 % 1999 (n=363) bzw. 2,07 % 2003 (n=629) ein Rückgang verzeichnen, wobei im Jahr 2001 (n=458) ein Tiefwert von 1,09 % durchlaufen wurde. Nach einem anfänglichen Anstieg von 0,28 % 1999 auf 0,49 % 2000 (n=405) fiel die Zahl der aufgrund von Art. 10/4 UbG (Leiter der Einrichtung) weiterbehandelten Patienten in den Jahren 2001, 2002 (n=584) und 2003 auf 0 % ab. Im Verlauf der hier erfassten Jahre ließ sich hingegen insgesamt ein Anstieg freiwilliger Aufnahmen von 90,36 % im Jahr 1999 auf 94,91 % im Jahr 2003 beobachten. Gleichzeitig ging die Zahl freiwillig bei Betreuung aufgenommener Patienten von 4,68 % 1999 auf 2,7 % 2003 zurück. Der Anteil freiwillig nach Polizeieinweisung bzw. im Sinne einer „Notaufnahme“ erfolgter Aufnahmen hingegen stieg zunächst von 0 % 1999 auf 0,99 % 2000 an, fiel bis zum Jahr 2003 allerdings erneut auf 0 % ab. Ebenfalls rückläufig verhielten sich mit 1,1 % 1999 bzw. 0,32 % 2003 die Werte für Aufnahmen aufgrund eines Beschlusses nach §§ 1906, 1846 BGB. Die übrigen Werte blieben im erfassten Zeitraum relativ konstant. (s. Tab. 48)

A1 „Aufnahmegrund“/ Rechtsgrundlage (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
freiwillig	90,36	90,86	95,19	93,32	94,91	92,93
freiwillig bei Betreuung	4,68	4,2	2,84	2,57	2,7	3,4
freiwillig nach Polizeieinweisung bzw. "Notaufnahme" (Beschluss gem. §§ 1846, 1906 BGB angeregt)	0	0,99	0,66	0,17	0	0,36
Beschluss nach §§ 1906, 1846 BGB beantragt bzw. liegt vor	1,1	0,49	0,22	0,68	0,32	0,56
Art. 9 UbG und § 70 FGG bzw. Art.10/2 UbG bzw. Art. 10/1 UbG bzw. UbG anderer Länder	3,59	2,72	1,09	2,56	2,07	2,41
Art. 10/4 UbG (Leiter der Einrichtung)	0,28	0,49	0	0	0	0,15
sonstiges = Beschl. nach § 1631b (Kind), Minderjährige m. Zust. der Eltern, §§ 81,83 StPO bzw. § 126 a StPO bzw. UVollzO / StPO bzw. §68b, Abs.4 FGG bzw. § 63 StGB	0	0,25	0	0,68	0	0,19

(Tab. 48 „A1 Aufnahmegrund/ Rechtsgrundlage“)

3.3.3. Ärztliche Einweisung/Empfehlung

In Bezug auf die Art der zur Aufnahme führenden ärztlichen Einweisung bzw. Empfehlung zeigte sich, dass die Zahl derartiger Empfehlungen durch Ärzte aus dem ambulanten diejenigen aus dem stationären Bereich übertraf. Hierbei stellte sich jeweils etwa ein Viertel der Patienten ohne ärztliche Einweisung oder auf Veranlassung eines niedergelassenen Psychiaters, Nervenarztes oder Psychotherapeuten zur stationären Aufnahme vor. Anteilmäßig folgten Einweisungen seitens Praktischer, Allgemein- oder sonstiger Ärzte, der eigenen Ambulanz sowie Notärzten bzw. ärztlicher Notdienste. Aus dem stationären Bereich erfolgten vergleichsweise häufig ärztliche Empfehlungen durch das Zentralklinikum, gefolgt von solchen durch den vollstationären Bereich der eigenen Klinik und durch nicht-psychiatrische Krankenhäuser.

Im hier erfassten Zeitraum stieg die Zahl der nicht aufgrund einer ärztlichen Empfehlung aufgenommenen Patienten, trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 20,82 % im Jahr 2001 (n=458), im Gesamtverlauf von 22,47 % 1999 (n=363) auf 26,14 % 2003 (n=629) an. Auch seitens niedergelassener Psychiater bzw. Psychotherapeuten angeregte Aufnahmen nahmen anteilmäßig von 26,58 % im Jahr 1999 auf 30,24 % im Jahr 2003 zu. Einweisungen durch Praktische, Allgemein- oder sonstige Ärzte hingegen ließen, trotz eines im Jahr 2000 (n=405) durchlaufenen Maximalwerts von 15,73 %, mit 13,97 % 1999 bzw. 9,13 % 2003 eine rückläufige Tendenz erkennen. Auch der Anteil der seitens der eigenen Ambulanz erfolgten ärztlichen Empfehlungen nahm im Gesamtverlauf, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (8,85 % 2000 bzw. 13,52 % 2001), von 11,78 % 1999 auf 10,55 % 2003 ab. Einweisungen durch andere (nicht-)psychiatrische Ambulanzen ließen hingegen eine leichte Zunahme von 0,27 % 1999 auf 1,35 % 2002 (n=584) bzw. 0,78 % 2003 erkennen. Ferner ging auch die

Zahl der durch Notärzte bzw. ärztliche Notdienste veranlassten Aufnahmen von 5,48 % im Jahr 1999 auf 2,83 % im Jahr 2003 zurück.

Hinsichtlich ärztlicher Empfehlungen aus dem stationären Bereich ließ sich Folgendes beobachten: Einweisungen seitens der eigenen Klinik ließen sowohl aus dem vollstationären (3,84 % 1999 bzw. 5,51 % 2003) wie auch aus dem Bereich der Tagklinik (0,82 % 1999 bzw. 1,42 % 2003) im erfassten Zeitraum eine Zunahme erkennen. Durch andere psychiatrische Kliniken angeregte Aufnahmen nahmen hingegen anteilmäßig, trotz eines Anstiegs auf ein Maximum von 2,03 % im Jahr 2002, von 1,92 % 1999 auf 0,78 % 2003 ab. Im Gesamtverlauf mit 8,77 % 1999 bzw. 8,98 % 2003 unverändert zeigte sich hingegen, trotz eines zwischenzeitlich erreichten Höchstwerts von 13,27 % 2000, die Zahl der seitens eines Arztes des Zentralklinikums eingewiesenen Patienten. Ähnlich stabil verhielten sich mit 1,92 % im Jahr 1999 bzw. 2,2 % im Jahr 2003 sowie einem Maximalwert von 3,04 % 2002 die Werte für Einweisungen durch nicht psychiatrisch tätige Krankenhäuser. Auch die Zahl der seitens der psychiatrischen Tag- bzw. Nachtklinik erfolgten Einweisungen blieb mit 0,55 % 1999 bzw. 0,63 % 2003 relativ konstant, durchlief im Jahr 2001 allerdings ein Maximum von 1,72 %. Von 1,64 % im Jahr 1999 auf 0 % in den Jahren 2002 und 2003 ging hingegen der Anteil unterlassener Eingaben zurück. Die restlichen Werte blieben im Verlauf der genannten Jahre relativ konstant. (s. Tab. 49)

A2 Ärztliche Einweisung/Empfehlung (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
aus dem ambulanten Bereich:						
ohne ärztliche Einweisung	22,47	25,06	20,82	21,28	26,14	23,15
Praktischer Arzt, Allgemeinarzt, sonstiger Arzt	13,97	15,73	14,16	11,15	9,13	12,83
niedergel. Psychiater/Psychotherapeut	26,58	25,31	27,25	25,84	30,24	27,04
eigene Ambulanz	11,78	8,85	13,52	10,98	10,55	11,14
andere psychiatr./nicht psychiatr. Ambulanz	0,27	0,49	0,21	1,35	0,78	0,62
Notarzt/ärztlicher Notdienst	5,48	3,44	2,36	5,57	2,83	3,94
sozialpsychiatrischer Dienst, GA, Arzt anderer öffentlicher Stellen	0	0,25	0,21	0,34	0,47	0,25
aus dem stationären Bereich:						
psychiatrische Tagklinik/Nachtklinik	0,55	0,25	1,72	0,17	0,63	0,66
andere psychiatrische Klinik, BKH Kaufbeuren bzw. BKH Günzburg	1,92	0,5	0,86	2,03	0,78	1,22
eigene Klinik (vollstationär)	3,84	3,44	4,51	4,39	5,51	4,34
eigene Klinik - Tagklinik	0,82	0,49	1,07	1,18	1,42	1
Zentralklinikum	8,77	13,27	10,94	12,16	8,98	10,82
psychosomat./psychotherapeut. Klinik bzw. stationäre Einrichtung für Suchtkranke	0	0	0,21	0,51	0,31	0,21

A2 Ärztliche Einweisung/Empfehlung (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
nicht-psychiatrisches Krankenhaus	1,92	1,72	1,72	3,04	2,2	2,12
keine Eingabe	1,64	1,23	0,43	0	0	0,66

(Tab. 49 „A2 Ärztliche Einweisung/Empfehlung“)

3.3.4. Wohnsituation vor Aufnahme

Mit über 90 % überwog bei Betrachtung der vor der Aufnahme bestehenden Wohnsituation in dieser Patientengruppe die Zahl in einer Privatwohnung bzw. einer Wohngemeinschaft lebender Patienten. Anteilmäßig folgten in Altenheimen wohnende Patienten, wobei hier - mit einem im Jahr 2000 (n=405) erreichten Höchstwert von 3,46 % - ein Anstieg von 2,48 % im Jahr 1999 (n=363) auf 3,02 % im Jahr 2003 (n=629) zu verzeichnen war.

Im hier beschriebenen Zeitraum blieb die Zahl der in Privatwohnungen lebenden Patienten mit 94,77 % im Jahr 1999 bzw. 95,23 % im Jahr 2003, trotz eines anfänglichen Rückgangs auf einen Tiefwert von 91,85 % 2000, insgesamt relativ unverändert. Auch der Anteil der vor der Aufnahme betreut bzw. in Wohngruppen Lebenden zeigte sich, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 1,98 % im Jahr 2000, mit 0,83 % 1999 bzw. 0,79 % 2003, relativ konstant. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 0 % 1999 bzw. 0,32 % 2003 sowie einem Maximum von 1,2 % 2002 (n=584) für die Zahl der in therapeutischen Heimen lebenden Patienten verzeichnen. Auch die Werte für Patienten ohne festen Wohnsitz blieben, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 1,37 % im Jahr 2002, im Gesamtverlauf mit 0,28 % 1999 bzw. 0,16 % 2003 unverändert. Sonstige Wohnsituationen gingen im Verlauf der genannten Jahre hingegen von 1,65 % auf 0,32 % zurück. Anderweitige größere Schwankungen ließen sich im erfassten Zeitraum nicht verzeichnen. (s. Tab. 50)

A4 Wohnsituation vor Aufnahme (1. Wohnsitz) (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
Privatwohnung, auch WG	94,77	91,85	93,45	93,84	95,23	93,83
betreutes Einzelwohnen/Wohngruppe	0,83	1,98	1,09	0,68	0,79	1,07
therapeutisches/psych. Heim, gerontopsych. Heim etc.	0	0,25	0,44	1,2	0,32	0,44
Altenheim, -wohnheim, -pflegeheim	2,48	3,46	3,27	2,57	3,02	2,96
sonstiges nicht-therapeutisches Heim	0	0,74	0,44	0,17	0,16	0,3
ohne festen Wohnsitz	0,28	0	0	1,37	0,16	0,36
sonstige	1,65	1,73	1,31	0,17	0,32	1,04

(Tab. 50 „Wohnsituation vor Aufnahme (1. Wohnsitz)“)

3.3.5. Lebt zusammen mit

Die weitergehende Betrachtung der in dieser Patientengruppe vor der Aufnahme aktuellen Wohnsituation hinsichtlich eventueller Lebenspartner ergab folgendes Bild: Etwa 40 % der Patienten lebten mit ihrem (Ehe-)Partner zusammen. Es folgten allein in Privatwohnungen (23-33 %) sowie mit den Kindern lebende Patienten (15-24 %).

In den hier erfassten Jahren ließ sich insgesamt ein Rückgang der allein Lebenden von 31,4 % 1999 (n=363) auf 25,74 % 2003 (n=629) beobachten, wobei im Jahr 2001 (n=458) ein Tiefwert von 23,06 % durchlaufen wurde. Die Zahl der mit den Eltern zusammen wohnenden Patienten stieg hingegen von 2,56 % im Jahr 1999 auf 7,12 % im Jahr 2003 an. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich mit 15,35 % 1999 bzw. 17,08 % 2003 auch für den Anteil der bei ihren Kindern Lebenden, wobei im Jahr 2001 ein zwischenzeitlicher Höchstwert von 23,24 % erreicht wurde. Die Zahl der in Institutionen bzw. betreut Wohnenden nahm, nach einem anfänglichen Anstieg auf einen Maximalwert von 5 % im Jahr 2000 (n=405), insgesamt leicht von 2,79 % 1999 auf 3,1 % 2003 zu. Trotz eines Minimums von 0 % im Jahr 2001 ließen auch die Werte für bei anderen Verwandten Wohnhafte mit 1,16 % 1999 bzw. 1,55 % 2003 einen leichten Anstieg erkennen. Der Anteil bei den Geschwistern lebender Patienten blieb, trotz eines zwischenzeitlichen Tiefwerts von 0,65 % 2000, mit 2,79 % 1999 bzw. 2,72 % 2003 relativ konstant. Auch die Zahl der Patienten ohne festen Wohnsitz blieb im Gesamtverlauf, abgesehen von einem zwischenzeitlichen Anstieg auf 1,15 % im Jahr 2002 (n=584), mit 0,23 % 1999 bzw. 0,26 % 2003 unverändert. Die Werte für bei Bekannten wohnhafte Patienten gingen hingegen, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (0,43 % 2000 und 1,87 % 2002) leicht von 1,4 % 1999 auf 1,03 % 2003 zurück, wobei im Jahr 2000 ein Minimum von 0,43 % durchlaufen wurde. Von 1,4 % 1999 auf 0,26 % 2003 nahm ferner auch der Anteil der in sonstigen Gemeinschaften Lebenden ab. Die restlichen Werte blieben im erfassten Zeitraum relativ stabil. (s. Tab. 51)

A5 Lebt zusammen mit (vor Aufnahme) (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
allein in Privatwohnung	31,4	32,17	23,06	28,98	25,74	28,27
in Institution oder betreutem Wohnen	2,79	5	3,61	3,73	3,1	3,65
Eltern(teil)	2,56	3,04	4,99	3,01	7,12	4,14
(Ehe-)Partner	40,93	41,3	41,82	41,18	41,14	41,27
Kind(ern)	15,35	15,87	23,24	17,93	17,08	17,89
Schwester/Bruder	2,79	0,65	1,38	1,72	2,72	1,85
anderen Verwandten	1,16	0,22	0	0,43	1,55	0,67
Bekanntem, Wohngemeinschaft o.ä.	1,4	0,43	0,86	1,87	1,03	1,12
ohne festen Wohnsitz	0,23	0	0	1,15	0,26	0,33
sonstige	1,4	1,3	1,03	0	0,26	0,8

(Tab. 51 „A5 Lebt zusammen mit (vor Aufnahme)“)

3.3.6. Höchster erreichter Schulabschluss

Hinsichtlich des höchsten von Patienten dieser Diagnosegruppe erreichten Schulabschlusses ließ sich mit insgesamt etwa 50 % ein deutliches Überwiegen von Hauptschulabschlüssen feststellen, wobei hier - mit Ausnahme des Jahres 1999 - diejenigen ohne Qualifizierenden Abschluss zahlenmäßig häufiger waren. Anteilmäßig folgten mit etwa gleichen Teilen Patienten mit mittlerer Reife bzw. einem an einer polytechnischen Oberschule erworbenen Abschluss sowie Patienten mit (Fach-)Abitur. Keinen Schulabschluss hatten in dieser Patientengruppe etwa 4-7 %, während nur eine geringe - wenn auch mit 1,1 % 1999 (n=363) bzw. 0,25 % 2000 (n=405) im Vergleich zu 1,91 % 2003 (n=629) zunehmende - Anzahl die Sonderschule besucht hatte.

Der Anteil der Patienten ohne Schulabschluss ging im hier beschriebenen Zeitraum hingegen von 7,16 % im Jahr 1999 auf 5,56 % im Jahr 2003 zurück, wobei 2001 (n=458) ein Tiefwert von 4,59 % erreicht wurde. Die Zahl der Hauptschulabschlüsse ohne Qualifizierenden Abschluss stieg bei einem Maximum von 32,1 % im Jahr 2001 von 23,14 % 1999 auf 29,57 % 2003 an. Rückläufig verhielt sich demgegenüber der Anteil der mit Qualifizierendem Abschluss erworbenen Hauptschulabschlüsse mit 27,82 % 1999 bzw. 14,47 % 2003. Trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 15,94 % 2001 stieg die Zahl der Patienten mit mittlerer Reife bzw. Abschluss einer polytechnischen Oberschule insgesamt von 18,46 % im Jahr 1999 auf 19,87 % im Jahr 2003 an. Eine zunehmende Zahl von Patienten dieser Gruppe verfügte mit 15,7 % 1999 bzw. 18,44 % 2003 über ein (Fach-)Abitur, wobei im Jahr 2001 ein Maximum von 22,27 % zu verzeichnen war. Ein Anstieg von 4,96 % 1999 auf 10,79 % 2002 (n=584) bzw. 10,02 % 2003 ließ sich ferner für die Zahl unbekannter bzw. unklarer schulischer Situationen beobachten, wohingegen der Anteil unterlassener Eingaben von 1,65 % 1999 auf 0,16 % 2003 zurückging. (s. Tab. 52)

A6 Höchster erreichter Schulabschluss (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
kein Abschluss	7,16	5,93	4,59	7,02	5,56	6,05
Sonderschulabschluss	1,1	0,25	1,97	1,2	1,91	1,29
Hauptschulabschluss ohne Qualifizierenden Abschluss	23,14	30,12	32,1	24,49	29,57	27,88
Hauptschulabschluss mit Qualifizierendem Abschluss	27,82	20,49	15,28	18,15	14,47	19,24
Mittlere Reife/Polytechn. Oberschule	18,46	16,3	15,94	18,49	19,87	17,81
(Fach-)Abitur	15,7	15,31	22,27	19,86	18,44	18,32
unbekannt/unklar	4,96	10,37	6,77	10,79	10,02	8,58
keine Eingabe	1,65	1,23	1,09	0	0,16	0,83

(Tab. 52 „A6 Höchster erreichter Schulabschluss“)

3.3.7. Jetzige berufliche Situation

Die differenzierte Betrachtung der bei der Aufnahme aktuellen beruflichen Situation ergab Folgendes: Mit über einem Drittel stellten Rentner den Hauptanteil innerhalb dieser Patientengruppe dar, wobei hier die Zahl der Altersrentner deutlich über derjenigen der EU-/BU- bzw. Frührentner lag. Etwa ein Viertel der Patienten waren zum Zeitpunkt der Aufnahme - hauptsächlich in Vollzeittätigkeiten - berufstätig. Anteilmäßig folgten die nicht berufstätigen Hausfrauen bzw. -männer, arbeitslos gemeldete, anderweitig nicht beruflich beschäftigte, eine Ausbildung bzw. Umschulung besuchende sowie Sozialhilfe empfangende Patienten.

Innerhalb des hier erfassten Zeitraums ließ sich, mit einem im Jahr 2001 (n=458) durchlaufenen Tiefwert von 19,87 % im Jahr 2001, ein Rückgang der Berufstätigen in Vollzeit von 25,34 % 1999 (n=363) auf 20,67 % 2003 (n=629) beobachten. Die Zahl der in Teilzeit tätigen Patienten stieg, bei einem Maximalwert von 9,39 % im Jahr 2001, insgesamt leicht von 2,75 % 1999 auf 3,34 % 2003 an. Rückläufig zeigte sich hingegen mit 9,09 % im Jahr 1999 bzw. 8,27 % im Jahr 2003 sowie einem im Jahr 2000 (n=405) durchlaufenen Tiefwert von 5,93 % der

Anteil nicht berufstätiger Hausfrauen bzw. -männer innerhalb dieser Gruppe. Auch die Zahl der mithelfenden Familienangehörigen nahm von 1,1 % 1999 auf 0,48 % im Jahr 2003 ab. Für sich in Ausbildung bzw. Umschulung befindende Patienten war demgegenüber ein Anstieg von 1,93 % 1999 auf 4,93 % 2003 zu verzeichnen. Auch die Zahl der arbeitslos Gemeldeten stieg im erfassten Zeitraum von 4,68 % im Jahr 1999 auf 12,56 % im Jahr 2003 an. Ähnlich verhielten sich mit 2,75 % 1999 bzw. 3,97 % 2003 die Werte für den Patientenanteil, der anderweitig ohne berufliche Beschäftigung war. Die Zahl der Altersrentenempfänger ging im erfassten Zeitraum hingegen, trotz eines anfänglichen Anstiegs auf einen Höchstwert von 38,02 % im Jahr 2000, insgesamt von 31,68 % 1999 auf 29,25 % 2003 zurück. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich mit 12,4 % 1999 bzw. 11,29 % 2003 im Bereich der EU-/BU- bzw. Frührentner. Auch der Anteil der Witwenrentner ging im Gesamtverlauf, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 5,14 % im Jahr 2002 (n=584), von 2,2 % 1999 auf 1,27 % 2003 zurück. Von jeweils 1,65 % 1999 auf 0,48 % bzw. 0 % 2002 und 2003 nahm ferner die Zahl der unklaren bzw. unterlassenen Eingaben zu dieser Fragestellung ab. Die übrigen Werte blieben in den genannten Jahren relativ konstant. (s. Tab. 53)

A8 Jetzige berufliche Situation (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
berufstätig, Vollzeit	25,34	20	19,87	24,14	20,67	22
berufstätig, Teilzeit	2,75	1,48	9,39	3,42	3,34	4,08
berufstätig, gelegentlich	1,1	1,48	0,22	0,51	1,43	0,95
mithelfender Familienangehöriger	1,1	0,25	0	0,51	0,48	0,47
Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	9,09	5,93	6,55	7,71	8,27	7,51
Ausbildung, Umschulung	1,93	1,98	3,49	3,6	4,93	3,19
Wehr-/Zivildienst/FSJ	0,28	0	0,22	0	0	0,1
beschützt beschäftigt	0	0,25	0	0,51	0,79	0,31
arbeitslos gemeldet	4,68	7,41	6,55	5,31	12,56	7,3
EU/BU/Frührente, R.verfahren	12,4	11,85	12,88	11,82	11,29	12,05
Altersrente/Pension	31,68	38,02	31,22	33,05	29,25	32,64
Witwen(r)-Rente	2,2	4,2	2,62	5,14	1,27	3,09
anderweitig ohne berufl. Beschäftigung	2,75	4,2	3,93	2,57	3,97	3,48
Sozialhilfeempfänger	1,38	0	1,53	1,37	1,27	1,11
unbekannt/unklar	1,65	1,48	1,09	0,34	0,48	1,01
keine Eingabe	1,65	1,48	0,44	0	0	0,71

(Tab. 53 „A8 Jetzige berufliche Situation“)

3.3.8. Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung

In Bezug auf das Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung zeigte sich eine Akkumulation der Werte auf die letzten 20 Jahre für 1999 (n=363) und 2000 (n=405) bzw. auf die letzten 10 Jahre für 2001 (n=458), 2002 (n=584) und 2003 (n=629), wobei jeweils eine Tendenz zum Anstieg festzustellen war. In den Jahren 1999 und 2000 ließen sich ferner bereits seit etwa 1955 zwischenzeitlich höhere Patientenzahlen beobachten. Keine

Eingabe zu dieser Frage erfolgte mit einer Fallzahl von 295 bzw. 351 in den Jahren 1999 bzw. 2000 vergleichsweise häufig, im Jahr 2003 jedoch deutlich seltener (35 Fälle). (s. Tab. 54)

A9 Jahr der ersten (teil-) stationären Behandlung (n)	1999 (n=363)	2000 (n=405=)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
1940	0	0	0	0	1	0,2
1949	0	0	0	1	2	0,6
1953	0	0	0	1	0	0,2
1954	0	1	0	0	0	0,2
1955	0	1	0	0	0	0,2
1956	1	0	0	0	0	0,2
1959	1	0	0	0	4	1
1960	0	0	0	5	1	1,2
1961	0	0	0	1	0	0,2
1962	1	1	2	1	0	1
1963	1	0	0	1	5	1,4
1964	1	1	0	3	2	1,4
1965	0	0	0	2	0	0,4
1966	1	0	0	0	1	0,4
1968	1	0	1	4	0	1,2
1969	0	0	2	2	0	0,8
1970	1	1	1	1	3	1,4
1971	1	0	0	0	2	0,6
1972	0	0	1	1	2	0,8
1973	1	0	2	3	9	3
1974	2	0	2	2	9	3
1975	0	2	5	0	3	2
1976	0	1	0	1	8	2
1977	0	0	0	4	1	1
1978	1	0	0	2	2	1
1979	1	0	2	7	8	3,6
1980	1	2	5	3	7	3,6
1981	0	0	3	0	5	1,6
1982	2	1	2	4	2	2,2
1983	0	2	2	9	2	3
1984	0	1	3	9	2	3
1985	0	1	3	3	2	1,8
1986	1	0	1	4	6	2,4
1987	2	2	1	11	9	5

A9 Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung (n)	1999 (n=363)	2000 (n=405=)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
1988	2	1	7	17	16	8,6
1989	2	3	5	9	4	4,6
1990	4	2	3	9	1	3,8
1991	1	1	2	2	2	1,6
1992	3	1	1	16	5	5,2
1993	1	2	4	6	10	4,6
1994	0	3	1	16	6	5,2
1995	1	5	8	11	11	7,2
1996	2	2	5	19	10	7,6
1997	3	4	4	13	20	8,8
1998	9	4	5	6	13	7,4
1999	10	2	18	36	15	16,2
2000	0	2	20	29	16	13,4
2001	0	0	51	51	28	26
2002	0	0	4	220	54	55,6
2003	0	0	2	2	285	57,8
unbekannt/unklar	10	5	0	0	0	3
keine Eingabe	295	351	280	37	35	199,6

(Tab. 54 „A9 Jahr der ersten (teil-)stationären psychiatrischen Behandlung überhaupt“)

3.3.9. Alter bei erster psychischer Auffälligkeit

Die Frage nach dem Alter der Patienten bei erster psychischer Auffälligkeit wurde vergleichsweise häufig mit unbekannt bzw. unklar beantwortet. Der Anteil dieses Wertes an der Gesamtfallzahl ging im Beobachtungszeitraum allerdings, vor allem im Jahr 2002, zurück.

Die restlichen Nennungen ergaben für diese Diagnosegruppe Folgendes: Anteilmäßig verteilte sich der Beginn der affektiven Störungen relativ gleichmäßig auf die verschiedenen Altersgruppen von 15 bis etwa 80 Jahren, wobei für die hier erfassten Jahre einige Unterschiede auffielen. So war die Zahl der zwischen dem 15ten und 40ten bzw. 50ten Lebensjahr erstmals auffällig gewordenen Patienten in den Jahren 1999 (n=363), 2001 (n=458) und 2003 (n=629) tendenziell höher als der Anteil später erkrankter Patienten. Im Jahr 2000 (n=405) hingegen fiel ein Maximalwert erstmalig als psychisch krank erkannter Patienten um das 40te Lebensjahr auf. Maxima um das 20te, 30te sowie das 50te Lebensjahr ließen sich ferner für das Jahr 2002 (n=584) feststellen. (s. Tab. 55)

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
10	4	0	1	1	1	1,4
11	0	0	1	0	0	0,2
12	0	1	0	1	4	1,2
13	2	1	3	4	1	2,2
14	7	0	0	8	6	4,2
15	11	5	4	5	7	6,4
16	2	0	2	8	13	5
17	0	1	5	2	15	4,6
18	9	5	7	11	9	8,2
19	10	2	9	10	7	7,6
20	13	13	15	19	20	16
21	4	1	2	9	10	5,2
22	6	7	3	4	3	4,6
23	4	6	3	8	18	7,8
24	2	6	4	4	5	4,2
25	8	5	4	5	15	7,4
26	2	4	6	3	11	5,2
27	10	1	5	6	6	5,6
28	2	3	7	5	15	6,4
29	3	3	4	8	8	5,2
30	14	9	22	29	20	18,8
31	7	3	2	5	9	5,2
32	2	0	5	11	9	5,4
33	5	3	2	12	15	7,4
34	1	3	2	6	5	3,4
35	5	10	14	13	21	12,6
36	6	3	4	11	6	6
37	5	2	4	8	4	4,6
38	4	3	7	4	5	4,6
39	6	6	4	10	3	5,8
40	19	24	18	15	25	20,2
41	2	1	6	7	0	3,2
42	5	5	11	8	15	8,8
43	2	5	9	5	12	6,6
44	5	2	4	11	8	6
45	7	4	5	5	11	6,4
46	2	2	3	11	5	4,6

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
47	2	3	3	7	9	4,8
48	2	3	3	6	7	4,2
49	1	1	9	8	5	4,8
50	10	14	25	21	19	17,8
51	1	4	3	13	12	6,6
52	5	6	5	13	13	8,4
53	1	6	4	4	9	4,8
54	5	4	2	2	11	4,8
55	3	4	10	7	9	6,6
56	1	5	5	4	7	4,4
57	3	2	4	6	5	4
58	1	7	8	6	8	6
59	2	4	3	4	2	3
60	7	11	6	12	8	8,8
61	1	7	2	3	5	3,6
62	2	5	5	5	10	5,4
63	2	3	5	15	7	6,4
64	1	5	2	5	1	2,8
65	5	3	8	5	7	5,6
66	3	2	4	6	7	4,4
67	0	2	3	7	4	3,2
68	8	4	3	3	5	4,6
69	3	3	2	1	0	1,8
70	5	4	12	11	4	7,2
71	0	4	7	2	0	2,6
72	3	3	5	3	1	3
73	2	4	5	2	2	3
74	0	2	2	3	0	1,4
75	8	3	5	16	3	7
76	4	4	5	7	4	4,8
77	2	2	0	2	0	1,2
78	0	4	5	2	1	2,4
79	1	2	0	9	3	3
80	5	5	2	2	7	4,2
81	0	0	4	2	3	1,8
82	4	2	2	9	0	3,4
83	1	1	1	0	0	0,6

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
84	0	3	2	1	2	1,6
86	1	0	0	2	2	1
87	0	1	0	0	1	0,4
88	0	1	0	0	0	0,2
89	0	1	0	0	2	0,6
90	1	0	0	0	0	0,2
93	0	1	0	0	0	0,2
95	0	0	0	0	1	0,2
96	0	0	1	0	0	0,2
unbekannt/unklar	55	96	67	56	76	70
keine Eingabe	6	5	2	0	0	2,6

(Tab. 55 „ZA13 Alter bei erster psych. Auffälligkeit“)

3.3.10. Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation

Eine differenzierte Betrachtung des von Beginn der aktuellen Krankheitsmanifestation bis zur stationären Aufnahme vergangenen Zeitraums zeigte, dass jeweils etwa ein Viertel der Patienten nach 1-4 Wochen bzw. 4 Wochen bis 3 Monaten aufgenommen wurde. Anteilmäßig folgten Aufnahmen 3-6 Monate, über 1 Jahr und schließlich 6-12 Monate nach der Krankheitsmanifestation.

Die Zahl der bereits innerhalb einer Woche aufgenommenen Patienten war in dieser Gruppe gering, ließ allerdings - trotz einer zwischenzeitlichen Abnahme auf 5,24 % 2001 (n=458) - einen Anstieg von 6,34 % im Jahr 1999 (n=363) auf 8,74 % im Jahr 2003 (n=629) erkennen. Auch nach 3-6 Monaten erfolgte Aufnahmen waren mit 13,5 % 1999 bzw. 17,49 % 2003 im Gesamtverlauf zunehmend zu beobachten, wobei im Jahr 2001 allerdings ein Minimum von 9,39 % durchlaufen wurde. Für den Anteil der nach über einem Jahr aufgenommenen Patienten ließ sich ebenfalls ein Anstieg von 8,54 % im Jahr 1999 auf 12,56 % im Jahr 2003, mit einem Maximum von 22,71 % 2001, verzeichnen. Trotz eines im Jahr 2002 (n=584) erreichten Höchstwerts von 29,11 %, ging die Zahl der nach 1-4 Wochen aufgenommenen Patienten hingegen im Gesamtverlauf von 28,1 % 1999 auf 21,46 % 2003 zurück. Auch für nach 6-12 Monaten aufgenommene Patienten ließ sich mit 11,02 % 1999 bzw. 10,49 % 2003 sowie einem im Jahr 2001 erreichten Tiefwert von 8,51 % ein Rückgang verzeichnen. Insgesamt rückläufig zeigte sich, trotz eines Anstiegs auf 10,7 % 2001, auch die Zahl unbekannter bzw. unklarer Nennungen zu dieser Fragestellung (3,03 % 1999 bzw. 1,27 % 2003). Der Anteil unterlassener Eingaben ging ebenfalls von 1,65 % 1999 auf 0 % 2002 und 2003 zurück. Die Werte für nach 4 Wochen bis 3 Monaten aufgenommene Patienten blieben demgegenüber mit 27,82 % 1999 bzw. 27,98 % 2003, trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 23,36 % im Jahr 2001, unverändert. (s. Tab. 56)

A14 Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
<= 1 Woche	6,34	6,91	5,24	6,85	8,74	6,82
> 1 Woche bis 4 Wochen	28,1	25,93	19,65	29,11	21,46	24,85

A14 Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
> 4 Wochen bis 3 Monate	27,82	26,42	23,36	25,51	27,98	26,22
> 3 Monate bis 6 Monate	13,5	16,54	9,39	14,04	17,49	14,19
> 6 Monate bis 1 Jahr	11,02	9,63	8,51	9,25	10,49	9,78
> 1 Jahr	8,54	11,36	22,71	13,53	12,56	13,74
unbekannt/unklar	3,03	1,98	10,7	1,71	1,27	3,74
keine Eingabe	1,65	1,23	0,44	0	0	0,66

(Tab. 56 „A14 Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (geschätzt)“)

3.3.11. Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation

Hinsichtlich während der aktuellen Krankheitsmanifestation erfolgter Vorbehandlungen zeigte sich für diese Diagnosegruppe mit über 40 % ein deutliches Überwiegen ambulant psychiatrisch bzw. nervenärztlich behandelter Patienten. Vergleichsweise hoch war ferner der Anteil an ambulanten Vorbehandlungen durch Ärzte anderer Fachrichtungen (9-22 %) sowie nicht vorbehandelter Patienten (9-16 %). Auch ambulante psychotherapeutische bzw. (teil-)stationär psychiatrische Behandlungen innerhalb der eigenen Klinik waren im Vorfeld der stationären Aufnahme häufiger zu beobachten.

Seit dem Jahr 2001 (n=458) war ferner ein Anstieg der durch die Institutsambulanz durchgeführten Vorbehandlungen von 0 % 1999 (n=363) und 2000 (n=405) auf 12,33 % 2002 (n=584) bzw. 11,76 % 2003 (n=629) zu verzeichnen. Auch für die Zahl der ambulant bei Ärzten anderer Fachrichtungen vorbehandelten Patienten ließ sich, mit einem Maximalwert von 21,74 % 2001, eine Zunahme von 9,85 % 1999 auf 13,14 % 2003 beobachten. Trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (15,78 % 2000, 9,57 % 2001) blieben die Werte für in keinerlei Weise Vorbehandelte mit 13,3 % im Jahr 1999 bzw. 13,69 % im Jahr 2003 relativ konstant. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 6,65 % 1999 bzw. 6,92 % 2003 sowie einem im Jahr 2000 erreichten Höchstwert von 8,22 % für die Zahl der (teil-)stationär psychiatrisch in der eigenen Klinik behandelten Patienten verzeichnen. Ein Rückgang von 7,14 % 1999 auf 4,7 % 2003 zeigte sich hingegen für den Anteil ambulanter psychotherapeutischer Vorbehandlungen. Von 55,91 % 1999 auf 44,6 % 2002 bzw. 45,37 % 2003 sank ferner auch der Anteil ambulant psychiatrisch bzw. nervenärztlich vorbehandelter Patienten ab. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich, trotz eines im Jahr 2002 erreichten Maximalwerts von 3,19 %, mit 2,71 % 1999 bzw. 1,94 % 2003 für stationär somatische Vorbehandlungen verzeichnen. Ebenfalls leicht rückläufig zeigten sich mit 2,22 % 1999 bzw. 1,8 % 2003 die Werte für (teil-)stationär in anderen Kliniken erfolgte Vorbehandlungen, wobei hier ein Minimum von 1,11 % 2000 zu verzeichnen war. Auch die Zahl unterlassener Eingaben zu dieser Frage ging von 1,48 % 1999 auf 0 % 2002 und 2003 zurück. Die übrigen Werte blieben in den genannten Jahren relativ stabil. (s. Tab. 57)

A15 Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
keine	13,3	15,78	9,57	10,25	13,69	12,52
ambulant bei Ärzten anderer Fachrichtungen	9,85	14	21,74	14,68	13,14	14,68
ambulant psychotherapeutisch	7,14	4,22	4,17	5,26	4,7	5,1
ambulant psychiatr./nervenärztl.	55,91	53,33	46,78	44,6	45,37	49,2
stationär somat./psychosomat.	2,71	1,56	1,57	3,19	1,94	2,19
im eigenen Nicht-KHG-Bereich	0	0	0	0	0,14	0,03
Institutsambulanz	0	0	7,65	12,33	11,76	6,35
(teil-)stationär psychiatrisch in eigener Klinik	6,65	8,22	6,43	7,06	6,92	7,06
(teil-)stationär psychiatrisch in anderer Klinik	2,22	1,11	1,22	2,49	1,8	1,77
unbekannt/unklar	0,74	0,67	0,35	0,14	0,55	0,49
keine Eingabe	1,48	1,11	0,52	0	0	0,62

(Tab. 57 „A15 Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation“)

3.3.12. Art des zur Aufnahme führenden Zustandes

Mit über 40 % wurde auf die Frage nach der Art des zur Aufnahme führenden Zustandes für diese Patientengruppe hauptsächlich ein Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes angegeben. Anteilmäßig folgten aufgrund der Verschlechterung eines chronischen Zustandes oder des erstmaligen Auftretens einer psychiatrischen Erkrankung aufgenommene Patienten. Nur wenige Patienten führte die Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes bzw. ein deutliches Abweichen von früheren Zuständen in die Klinik.

Im hier erfassten Zeitraum nahm die Zahl der wegen einer erstmaligen psychiatrischen Erkrankung erfolgten Aufnahmen von 20,39 % 1999 (n=363) auf 17,17 % 2003 (n=629) ab. Von 7,71 % im Jahr 1999 auf 12,72 % im Jahr 2003 stieg hingegen der Anteil an Patienten mit fortdauernden chronischen Zuständen als Aufnahmegrund an. Ferner ließen sich Verschlechterungen eines chronischen Zustandes mit 17,63 % 1999 bzw. 26,23 % 2003 zunehmend beobachten, wobei für das Jahr 2001 (n=458) ein Maximum von 27,29 % zu verzeichnen war. Von 48,48 % 1999 auf 39,9 % 2003 ging hingegen die Zahl der aufgrund des Wiederauftretens eines ähnlichen früheren Zustandes aufgenommenen Patienten zurück. Ebenfalls rückläufig zeigte sich, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 1,97 % 2001, mit 1,65 % 1999 bzw. 0,48 % 2003 die Zahl unbekannter Aufnahmestände. Die restlichen Werte verhielten sich im erfassten Zeitraum relativ konstant. (s. Tab. 58)

ZA15 Art des zur Aufnahme führenden Zustandes (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
erstmaliges Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung	20,39	19,26	17,25	16,95	17,17	18,2
Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes	7,71	8,64	9,61	9,08	12,72	9,55
Verschlechterung eines chronischen Zustandes	17,63	21,23	27,29	22,95	26,23	23,07
Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	48,48	46,17	40,17	47,26	39,9	44,4
deutliches Abweichen von früheren Zuständen	3,86	4,2	3,49	3,42	3,5	3,69
unbekannt/unklar	1,65	0,25	1,97	0,34	0,48	0,94
keine Eingabe	0,28	0,25	0,22	0	0	0,15

(Tab. 58 „ZA15 Art des zur Aufnahme führenden Zustandes“)

3.3.13. Jemals Suizidversuch

Die Frage nach im Vorfeld der Aufnahme erfolgten Suizidversuchen wurde in ca. 60-70 % der Patientenfälle negativ beantwortet. Bei ca. 20-30 % der dieser Diagnosegruppe angehörenden Patienten war in der Anamnese ein Suizidversuch zu verzeichnen.

Die Prozentzahl der Suizidversuche ließ, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (22,92 % im Jahr 2001 (n=458), 34,76 % im Jahr 2002 (n=584)), insgesamt einen Rückgang von 30,03 % 1999 (n=363) auf 28,62 % 2003 (n=629) beobachten. Die tatsächlichen Fallzahlen nahmen hingegen von 109 1999 auf 203 2002 bzw. 180 2003 zu. Die seit 2001 praktizierte Differenzierung in „ja, unmittelbar vor Aufnahme“ bzw. „ja, jemals früher“ zeigte, dass die Zahl der unmittelbar vor Aufnahme erfolgten Suizidversuche von 30,03 % (109 Fälle) 1999 auf 9,7 % (61 Fälle) 2003 abnahm, während die der jemals früher erfolgten von 0 % 1999 und 2000 (n=405) auf 23,12 % (135 Fälle) 2002 bzw. 18,92 % (119 Fälle) 2003 anstieg. Der Anteil negativer Nennungen nahm ebenfalls von 63,64 % (231 Fälle) 1999 auf 68,04 % (428 Fälle) 2003 zu, wobei im Jahr 2001 ein zwischenzeitliches prozentuales Maximum von 72,05 % erreicht wurde. Die Absolutzahl negativer Eingaben stieg im erfassten Zeitraum hingegen kontinuierlich an. Von 4,68 % bzw. 1,65 % 1999 auf 3,02 % bzw. 0,32 % 2003 gingen unbekannte bzw. unklare sowie unterlassene Eingaben zurück. Während letztere tatsächlich eine Abnahme der Fallzahl von 6 im Jahr 1999 auf 2 im Jahr 2003 erkennen ließen, kam es bei ersteren zu einem leichten Anstieg von 17 Fällen 1999 auf 19 Fälle 2003, wobei 2000 ein Maximum von 25 Fällen (6,17 %) erreicht wurde. (s. Tab. 59)

A18 Jemals Suizidversuch (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert (Ø-n)
ja, unmittelbar vor Aufnahme	30,03 (n=109)	23,46 (n=95)	11,35 (n=52)	11,64 (n=68)	9,7 (n=61)	17,24 (n=77)

A18 Jemals Suizidversuch (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert (Ø-n)
ja, jemals früher	0 (n=0)	0 (n=0)	11,57 (n=53)	23,12 (n=135)	18,92 (n=119)	10,72 (n=61,4)
nein	63,64 (n=231)	69,63 (n=282)	72,05 (n=330)	62,33 (n=364)	68,04 (n=428)	67,14 (n=327)
unbekannt/unklar	4,68 (n=17)	6,17 (n=25)	4,59 (n=21)	2,57 (n=15)	3,02 (n=19)	4,21 (n=19,4)
keine Eingabe	1,65 (n=6)	0,74 (n=3)	0,44 (n=2)	0,34 (n=2)	0,32 (n=2)	0,7 (n=3)

(Tab. 59 „A18 Jemals Suizidversuch“)

3.3.14. Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme

In Bezug auf eine vor der Aufnahme bei den Patienten beobachtete Suizidalität ergab sich Folgendes: Der mit 67,77 % (246 Fälle) 1999 (n=363) bzw. 73,13 % (460 Fälle) 2003 (n=629) zunehmende Großteil der Patienten war nie derartig auffällig geworden, wobei ein zwischenzeitlicher prozentualer Anstieg auf 78,38 % im Jahr 2001 (n=458) zu beobachten war. Die Absolutzahlen nahmen demgegenüber kontinuierlich zu. Etwa ein Viertel war hingegen durch seine Suizidalität aufgefallen, wobei hier - mit einem im Jahr 2001 durchlaufenen Minimum von 19,65 % - insgesamt ein Rückgang von 28,93 % 1999 auf 25,76 % 2003 zu verzeichnen war. Bei Betrachtung der tatsächlichen Fallzahlen war, trotz eines Minimums von 89 Fällen 2000 (n=405), allerdings eine Zunahme von 105 im Jahr 1999 auf 162 im Jahr 2003 zu beobachten. Die Zahl unbekannter bzw. unklarer Nennungen zeigte sich rückläufig (3,31 % (12 Fälle) 1999 bzw. 0,34 % (2 Fälle) 2002 (n=584) und 0,79 % (5 Fälle) 2003). Die übrigen Werte ließen keine größeren Schwankungen erkennen. (s. Tab. 60)

A19 Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert (Ø-n)
ja	28,93 (n=105)	21,98 (n=89)	19,65 (n=90)	26,37 (n=154)	25,76 (n=162)	24,54 (n=120)
nein	67,77 (n=246)	76,3 (n=309)	78,38 (n=359)	73,12 (n=427)	73,13 (n=460)	73,74 (n=360,2)
unbekannt/unklar	3,31 (n=12)	1,73 (n=7)	1,97 (n=9)	0,34 (n=2)	0,79 (n=5)	1,63 (n=7)
keine Eingabe	0 (n=0)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,17 (n=1)	0,32 (n=2)	0,1 (n=0,6)

(Tab. 60 „A19 Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“)

3.3.15. Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme

Hinsichtlich im Vorfeld der Aufnahme erfolgter Bedrohungen bzw. Tätlichkeiten ließ sich feststellen, dass der überwiegende Teil dieser Patientengruppe nicht durch ein solches Verhalten auffällig wurde, wobei hier ein

Anstieg von 96,14 % (349 Fälle) im Jahr 1999 (n=363) auf 98,09 % (617 Fälle) im Jahr 2003 (n=629) zu verzeichnen war.

Unter den seitens der Patienten verübten Tötlichkeiten ließen sich nur bedrohliches Verhalten ohne Tötlichkeiten sowie leichte Körperverletzungen vergleichsweise häufig beobachten. Fälle von bedrohlichem Verhalten nahmen im erfassten Zeitraum allerdings von 1,38 % 1999 bzw. 1,98 % 2000 (n=405) auf 0,48 % 2003 ab. Auch für den Anteil leichter Körperverletzungen ließ sich mit 1,38 % 1999 bzw. 0,48 % 2003 ein Rückgang verzeichnen. Diese Abnahme war bei Betrachtung der tatsächlichen Fallzahlen allerdings mit jeweils 5 im Jahr 1999 bzw. 3 im Jahr 2003 geringfügig. Für bedrohliches Verhalten war darüber hinaus ein passagerer Anstieg auf 10 Fälle 2002 zu beobachten. Anderweitige Nennungen wie schwere Körperverletzung und Sachbeschädigungen lagen jeweils unter 0,5 % (höchstens 2 Fälle jährlich). Die restlichen Werte blieben im Verlauf der genannten Jahre relativ stabil. (s. Tab. 61)

A21 Bedrohung/Tötlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert (Ø-n)
nein	96,14 (n=349)	96,3 (n=390)	97,82 (n=448)	96,92 (n=566)	98,09 (n=617)	97,05 (n=474)
schwere Körperverletzung, Waffengebrauch o.ä.	0,28 (n=1)	0,25 (n=1)	0,22 (n=1)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,15 (n=0,6)
leichte Körperverletzung, Ohrfeigen o.ä.	1,38 (n=5)	1,48 (n=6)	0,65 (n=3)	0,68 (n=4)	0,48 (n=3)	0,93 (n=4,2)
nur Sachbeschädigung, einschließlich fremder Sachen	0,28 (n=1)	0 (n=0)	0,22 (n=1)	0,34 (n=2)	0,16 (n=1)	0,2 (n=1)
nur Sachbeschädigung bei eigenen Sachen	0,28 (n=1)	0 (n=0)	0 (n=0)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,06 (n=0,2)
nur bedrohliches Verhalten ohne Tötlichkeiten	1,38 (n=5)	1,98 (n=8)	0,87 (n=4)	1,71 (n=10)	0,48 (n=3)	1,28 (n=6)
unbekannt/unklar	0,28 (n=1)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,17 (n=1)	0,48 (n=3)	0,19 (n=1)
keine Eingabe	0 (n=0)	0 (n=0)	0,22 (n=1)	0,17 (n=1)	0,32 (n=2)	0,14 (n=0,8)

(Tab. 61 „A21 Bedrohung/Tötlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“)

3.3.16. Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts

Die differenzierte Betrachtung der während des stationären Aufenthalts zur Therapie dieser Diagnosegruppe herangezogenen Psychopharmaka ergab Folgendes: Mehr als ein Drittel der Patienten erhielten Antidepressiva, gefolgt von Benzodiazepinen (11-21 %), atypischen Antipsychotika (13-16 %) sowie konventionellen Antipsychotika (6-13 %). Vergleichsweise höhere Werte erreichten ferner folgende Psychopharmaka: andere Tranquilizer bzw. Hypnotika, Lithium, Carbamazepin sowie andere Antiepileptika.

Keine Medikamente erhielten nur wenige Patienten, wobei die diesbezüglichen Werte, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (2,09 % 2000 (n=405), 0,32 % 2002 (n=584)), mit 1,15 % im Jahr 1999 (n=363) bzw. 1,02 % im Jahr 2003 (n=629) insgesamt unverändert blieben. Die Zahl der mit atypischen Antipsychotika behandelten Patienten stieg im erfassten Zeitraum von 13,32 % 1999 auf 15,05 % 2002 bzw. 14,61 % 2003 an, wohingegen bei den konventionellen Antipsychotika ein Rückgang von 12,4 % 1999 auf 6,91 % 2003 zu beobachten war. Von 33,64 % 1999 auf 46,39 % 2003 stieg der Anteil an mit Antidepressiva therapierten Patienten dieser Gruppe an. Eine Zunahme ließ sich ferner mit 4,25 % im Jahr 1999 bzw. 10,6 % im Jahr 2003 für andere Tranquilizer bzw. Hypnotika verzeichnen. Gleichzeitig war im Bereich der Benzodiazepine, trotz eines im Jahr 2000 durchlaufenen Maximums von 20,19 %, ein Rückgang von 17,11 % 1999 auf 11,39 % 2002 bzw. 13,41 % 2003 zu beobachten. Auch die Zahl der mit folgenden Psychopharmaka unterstützten Therapien nahm im erfassten Zeitraum ab: Lithium (4,59 % 1999 bzw. 2,09 % 2003), Carbamazepin (5,17 % 1999 bzw. 1,02 % 2003), andere Antiepileptika (4,13 % 1999 bzw. 3,12 % 2003, mit einem Tiefwert von 1,28 % 2001 (n=458)) sowie typische Depot-Antipsychotika (0,23 % 1999 bzw. 0,04 % 2003). Auf jeweils 0 % in den Jahren 2002 und 2003 ging ferner die Verwendung von Medikamenten zur Substitutionsbehandlung, Betablockern, Clomethiazol, Antiparkinsonmitteln und sonstigen Medikamenten zurück. Von 0 % 1999 und 2000 auf 0,86 % 2002 bzw. 0,49 % 2003 stieg hingegen der Anteil an Nootropika an. Die übrigen Werte verhielten sich relativ konstant. (s. Tab. 62)

E4 Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
keine oder nur Bedarfsmedikation	1,15	2,09	0,83	0,32	1,02	1,08
Clozapin	0,11	0,1	0,15	0,5	0,27	0,23
Depot-Antipsychotika (typisch)	0,23	0,1	0,08	0	0,04	0,09
andere atypische Antipsychotika	13,32	15,48	14,78	15,05	14,61	14,65
andere Antipsychotika	12,4	7,85	7,84	8,2	6,91	8,64
Antidepressiva	33,64	36,3	45,32	46,21	46,39	41,57
Benzodiazepine	17,11	20,19	16,37	11,39	13,41	15,69
andere Tranquilizer/Hypnotika	4,25	6,38	8,6	9,71	10,6	7,91
Lithium	4,59	4,18	2,26	3,3	2,09	3,28
Carbamazepin	5,17	1,88	1,58	1,27	1,02	2,18
andere Antiepileptika	4,13	2,72	1,28	3,12	3,12	2,87
Nootropika	0	0	0,15	0,86	0,49	0,3
Substitutionsbehandlung	0	0,1	0,08	0	0	0,04
Opiatersatzstoffe	0	0	0	0,05	0	0,01
Betablocker	1,26	0,52	0,23	0	0	0,4
Clomethiazol	0	0,1	0,08	0	0	0,04
Antiparkinsonmittel	1,15	1,05	0,08	0	0	0,46
sonstige	1,03	0,94	0,23	0	0	0,44
unbekannt/unklar	0,46	0	0	0	0	0,09

(Tab. 62 „E4 Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts“)

3.3.17. Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung

Hinsichtlich der dieser Patientengruppe nach der Entlassung empfohlenen psychopharmakologischen Weiterbehandlung ließ sich mit über 40 % ein deutliches Überwiegen der mit Antidepressiva weitergeführten Therapien verzeichnen. Ebenfalls häufig wurden atypische Antipsychotika (12-17 %) sowie konventionelle Antipsychotika (5-12 %) verordnet. Anteilmäßig folgten Benzodiazepine, andere Tranquilizer bzw. Hypnotika, Lithium, Carbamazepin sowie andere Antiepileptika.

Die Zahl nicht medikamentös behandelter Patienten blieb mit 2,03 % 1999 (n=363) bzw. 2,37 % 2003 (n=629), trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (4,65 % 2001 (n=458), 1,5 % 2002 (n=584)), im Gesamtverlauf relativ unverändert. Ein Anstieg ließ sich, bei einem im Jahr 2000 durchlaufenen Maximum von 16,89 %, mit 12,9 % 1999 bzw. 16 % 2003 für die Zahl der verordneten atypischen, bei gleichzeitigem Rückgang des Anteils an konventionellen Antipsychotika von 11,74 % 1999 auf 5,44 % 2003 verzeichnen. Die Zahl der zur Weiterbehandlung herangezogenen Antidepressiva stieg im erfassten Zeitraum ebenfalls von 41,74 % im Jahr 1999 auf 44,41 % im Jahr 2003 an, wobei im Jahr 2001 ein Maximum von 46,7 % durchlaufen wurde. Auch Benzodiazepine wurden mit 8,84 % 1999 bzw. 9,47 % 2003 zunehmend häufig in diesem Zusammenhang verwendet. Von 2,46 % auf 11,84 % stieg im Verlauf der genannten Jahren ferner der Anteil mit anderen Tranquilizern bzw. Hypnotika weitertherapierter Patienten an. Die Zahl der Empfehlungen, die Therapie mit Lithium weiterzuführen, nahm hingegen von 5,36 % im Jahr 1999 auf 3,06 % im Jahr 2003 ab. Rückläufig zeigte sich mit 6,23 % 1999 bzw. 1,6 % 2003 auch die Verwendung von Carbamazepin, wohingegen die Werte für andere Antiepileptika - trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 1,95 % im Jahr 2001 - mit 4,64 % 1999 bzw. 4,8 % 2003 insgesamt relativ unverändert blieben. Auf jeweils 0 % in den Jahren 2002 und 2003 ging ferner die Verordnung folgender Medikamente zurück: typische Depot-Antipsychotika, Betablocker, Antiparkinsonmittel sowie andere Medikamente aus dem psychiatrischen Bereich. Von 0 % 1999 und 2000 (n=405) auf 1,23 % 2002 bzw. 0,49 % 2003 stieg hingegen die Zahl der nach der Entlassung mit Nootropika therapierten Patienten an. Die restlichen Werte blieben im erfassten Zeitraum relativ stabil. (s. Tab. 63)

E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
kein Medikament aus psychiatr. Medik.	2,03	3,11	4,65	1,5	2,37	2,73
Clozapin	0	0	0,11	0,75	0,42	0,26
Depot-Antipsychotika (typisch)	0,29	0	0	0	0	0,06
andere atypische Antipsychotika	12,9	16,89	15,89	15,42	16	15,42
andere Antipsychotika	11,74	7,7	7,68	5,44	5,44	7,6
Antidepressiva	41,74	45,54	46,7	42,99	44,41	44,28
Benzodiazepine	8,84	9,05	8,97	9,05	9,47	9,08
andere Tranquilizer/Hypnotika	2,46	4,73	7,46	11,71	11,84	7,64
Lithium	5,36	4,59	3,03	4,97	3,06	4,2
Carbamazepin	6,23	2,3	2,16	1,97	1,6	2,85
andere Antiepileptika	4,64	3,51	1,95	4,96	4,8	3,97

E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
Nootropika	0	0	0,11	1,23	0,49	0,37
Opiatersatzstoffe	0	0	0	0	0,14	0,03
Betablocker	1,45	0,81	0,43	0	0	0,54
Antiparkinsonmittel	1,01	0,95	0,22	0	0	0,44
andere Medikamente aus psych. Medik.	1,01	0,68	0,43	0	0	0,42
unbekannt/unklar	0,29	0,14	0,11	0	0	0,11

(Tab. 63 „E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung“)

3.3.18. Probleme bei der Psychopharmakotherapie

Die differenzierte Betrachtung bei der Psychopharmakotherapie eventuell aufgetretener Probleme ergab, dass diese in der Mehrzahl der Fälle (ca. 50-80 %) problemlos verlief, wobei hier allerdings ein Rückgang von 81,92 % 1999 (n=363) auf 50,51 % 2002 (n=584) bzw. 53,9 % 2003 (n=629) zu verzeichnen war. Nach einem Anstieg von 7,12 % 1999 auf 12,01 % 2000 (n=405) nahm die Zahl der beobachteten Therapieresistenzen bzw. mangelnden Wirkungen in den Jahren 2002 und 2003 auf 0 % ab. Erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen zeigten anfangs ebenfalls einen Zuwachs von 3,56 % 1999 auf 6,62 % 2000, fielen 2002 und 2003 allerdings auf 0 % ab. Auch mangelnde Compliance ließ sich mit 4,11 % 1999 bzw. 0 % 2002 und 2003 zunehmend seltener beobachten. Der Anteil nicht medikamentös unterstützter Therapien hingegen nahm, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (4,9 % 2000 (n=405) und 1,37 % 2001 (n=458)), von 2,74 % 1999 auf 3,66 % 2003 zu. Auch die Zahl nicht erfolgter Eingaben zu dieser Fragestellung stieg, mit einem im Jahr 2002 durchlaufenen Maximum von 47,6 %, von 0 % in den Jahren 1999 und 2000 auf 42,29 % im Jahr 2003 an. Die restlichen Werte blieben im erfassten Zeitraum relativ konstant. (s. Tab. 64)

E5 Probleme bei der Psychopharmakotherapie (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
entfällt (keine Medikamente)	2,74	4,9	1,96	1,37	3,66	2,93
keine besonderen Probleme	81,92	73,77	74,78	50,51	53,9	66,98
Therapieresistenz/ mangelnde Wirkung	7,12	12,01	2,17	0	0	4,26
erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen	3,56	6,62	1,96	0	0	2,43
mangelnde Compliance des Patienten	4,11	2,45	1,09	0	0	1,53
sonstige	0,55	0,25	0,86	0,51	0,16	0,47
keine Eingabe	0	0	17,17	47,6	42,29	21,41

(Tab. 64 „E5 Probleme bei der Psychopharmakotherapie“)

Die seit dem zweiten Halbjahr 2001 im BADO-Bogen enthaltene differenziertere Frage nach unerwünschten Arzneimittelwirkungen ergab bei Patienten dieser Diagnosegruppe hauptsächlich Probleme im Sinne einer nicht ausreichenden Wirkung (14-26 %), Unruhe bzw. Erregungszustand (2-3 %), Akathisie und Frühdyskinesien (1-3 %) und Leberwerterhöhung (1-2 %). Anteilmäßig folgten sexuelle Funktionsstörungen, manisches Syndrom, allergische Reaktion der Haut, quantitative Bewusstseinsstörung, schweres Parkinsonsyndrom sowie Harnsperre.

Auffällig war ferner der hohe Anteil an unklar definierten („sonstige“) (9-12 %) sowie an nicht erfolgten Eingaben (52-58 %). Die Werte für sonstige Nebenwirkungen nahmen im erfassten Zeitraum zudem von 9,42 % (55 Fälle) 2002 (n=584) auf 11,61 % (73 Fälle) 2003 (n=629) zu. Auch die Zahl der unterlassenen Eingaben stieg von 52,05 % (304 Fälle) im Jahr 2002 auf 57,87 % (364 Fälle) im Jahr 2003 an.

Mit 2,57 % (15 Fälle) 2002 bzw. 2,86 % (18 Fälle) 2003 wurden auch Unruhe bzw. Erregungszustand zunehmend häufig beobachtet. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich für Akathisie und Frühdyskinesie (1,88 % (11 Fälle) 2002 bzw. 2,23 % (14 Fälle) 2003), allergische Reaktion der Haut (0,34 % (2 Fälle) 2002 bzw. 1,11 % (7 Fälle) 2003), sexuelle Funktionsstörung (1,03 % (6 Fälle) 2002 bzw. 1,27 % (8 Fälle) 2003) sowie für paranoid-halluzinatorisches Syndrom (0 % 2002 bzw. 0,79 % (5 Fälle) 2003). Die Zahl der Patientenfälle, in denen eine nicht ausreichende Arzneimittelwirkung beobachtet wurde, ging hingegen von 25,68 % (150 Fälle) im Jahr 2002 auf 14,31 % (90 Fälle) im Jahr 2003 zurück. Mit 1,03 % (6 Fälle) 2002 bzw. 0 % 2003 wurden auch Embolien zunehmend seltener angegeben. Die Werte für manisches Syndrom gingen im erfassten Zeitraum ebenfalls von 1,2 % (7 Fälle) 2002 auf 0,64 % (4 Fälle) 2003 zurück. Anderweitige Schwankungen waren im Verlauf der genannten Jahre nicht festzustellen. (s. Tab. 65)

UAW (%)	2002 N (n=584)	2002%	2003 N (n=629)	2003%	Ø-N	Ø-Wert
Akathisie u. Frühdyskinesie	11	1,88	14	2,23	12,5	2,06
allerg. Reaktion Haut	2	0,34	7	1,11	4,5	0,73
depressives Syndrom	2	0,34	0	0	1	0,17
Embolie	6	1,03	0	0	3	0,52
Harnsperre	3	0,51	3	0,48	3	0,5
Hypertonie	2	0,34	4	0,64	3	0,49
Leberwerterhöhung	9	1,54	10	1,59	9,5	1,57
manisches Syndrom	7	1,2	4	0,64	5,5	0,92
nicht ausreichende Wirkung	150	25,68	90	14,31	120	20
orth. Kollaps	1	0,17	11	1,75	6	0,96
paran.-hall. Syndrom	0	0	5	0,79	2,5	0,4
Parkinsonsyndrom schwer	4	0,68	2	0,32	3	0,5
QT-Verlängerung	2	0,34	2	0,32	2	0,33
quant. Bewusstseinsstörung	3	0,51	4	0,64	3,5	0,58
sexuelle Funktionsstörung	6	1,03	8	1,27	7	1,15
sonst. Bradyarrhythmien	0	0	1	0,16	0,5	0,08

UAW (%)	2002 N (n=584)	2002%	2003 N (n=629)	2003%	Ø-N	Ø-Wert
sonst. Tachyarrhythmien	1	0,17	4	0,64	2,5	0,41
Ödeme	1	0,17	4	0,64	2,5	0,41
Unruhe/Erregungszustand	15	2,57	18	2,86	16,5	2,72
(Sub)ileus	0	0	1	0,16	0,5	0,08
sonstige	55	9,42	73	11,61	64	10,52
keine Eingabe	304	52,05	364	57,87	334	54,96

(Tab. 65 „UAW“)

3.3.19. Suizidversuch/Suizid während des stationären Aufenthalts

Der Großteil der Patienten dieser Diagnosegruppe verübte während des stationären Aufenthalts keinen Suizidversuch, wobei hier im Gesamtverlauf ein Anstieg von 96,97 % (352 Fälle) im Jahr 1999 (n=363) auf 99,21 % (624 Fälle) im Jahr 2003 (n=629) zu verzeichnen war.

Die Zahl der Suizide verhielt sich, abgesehen von zwischenzeitlichen Schwankungen im Sinne von 0 % im Jahr 2001 (n=458) sowie 0,68 % (4 Fälle) im Jahr 2002 (n=584), mit 0,55 % (2 Fälle) 1999 bzw. 0,16 % (1 Fall) 2003 leicht rückläufig. Auch der Anteil sicher gefährlicher Suizidversuche ging von 1,38 % 1999 auf 0 % 2003 zurück. Bei Betrachtung der absoluten Fallzahlen zeigte sich darüber hinaus ein zusätzlicher Anstieg derartiger Vorfälle von 5 Fällen 1999 auf 8 Fälle 2002, der sich allerdings prozentual aufgrund der unterschiedlichen Aufnahmezahlen in den jeweiligen Jahren nicht niederschlug. Ebenfalls rückläufig zeigte sich mit 0,83 % (3 Fälle) 1999 bzw. 0,16 % (1 Fall) 2003 die Zahl der sonstigen Suizidversuche, wobei auch hier ein zwischenzeitlicher Anstieg der Absolutzahlen auf 5 Fälle im Jahr 2002 zu verzeichnen war. Die übrigen Werte verhielten sich im Verlauf der genannten Jahre relativ stabil. (s. Tab. 66)

E11 Suizidversuch während des stationären Aufenthalts (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert (Ø-n)
keiner	96,97 (n=352)	97,28 (n=394)	98,03 (n=449)	96,75 (n=565)	99,21 (n=624)	97,65 (n=476,8)
Suizid	0,55 (n=2)	0,74 (n=3)	0 (n=0)	0,68 (n=4)	0,16 (n=1)	0,43 (n=2)
sicher gefährlicher Suizidversuch	1,38 (n=5)	0,99 (n=4)	1,09 (n=5)	1,37 (n=8)	0 (n=0)	0,97 (n=4,4)
sonstiger Suizidversuch	0,83 (n=3)	0,49 (n=2)	0,65 (n=3)	0,86 (n=5)	0,16 (n=1)	0,6 (n=2,8)
vorsätzliche Selbstschädigung ohne Suizidabsicht	0,28 (n=1)	0,49 (n=2)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,32 (n=2)	0,22 (n=1)
unbekannt/unklar	0 (n=0)	0 (n=0)	0,22 (n=1)	0,34 (n=2)	0,16 (n=1)	0,14 (n=0,8)

(Tab. 66 „E11 Suizidversuch während des stationären Aufenthalts“)

3.3.20. Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts

Mit 97,8 % 1999 (n=363) bzw. 98,25 % 2003 (n=629) wurde der überwiegende Teil der Patienten während des Aufenthalts nicht durch Bedrohungen bzw. Tätlichkeiten auffällig. Die tatsächliche Fallzahl nahm im Beobachtungszeitraum von 355 auf 618 zu. Anteilmäßig folgte bedrohliches Verhalten ohne Tätlichkeiten, wobei hier trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 2,05 % (12 Fälle) 2002 (n=584), insgesamt ein Rückgang von 1,1 % (4 Fälle) 1999 auf 0,48 % (3 Fälle) 2003 zu verzeichnen war. Auch die Zahl leichter Körperverletzungen nahm von 1,1 % (4 Fälle) im Jahr 1999 auf 0,16 % (1 Fall) im Jahr 2003 ab. Ein Anstieg von 0 % 1999 auf 1,11 % (7 Fälle) 2003 ließ sich hingegen im Bereich der Sachbeschädigungen eigener und fremder Gegenstände feststellen. Schwere Körperverletzungen sowie Sachbeschädigung bei eigenen Gegenständen waren nicht zu beobachten. Die übrigen Werte blieben über den erfassten Zeitraum relativ konstant (siehe Tab. 67)

E12 Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert (Ø-n)
keine	97,8 (n=355)	97,53 (n=395)	98,03 (n=449)	97,09 (n=567)	98,25 (n=618)	97,74 (n=476,8)
leichte Körperverletzung, Ohrfeigen o.ä.	1,1 (n=4)	0,99 (n=4)	0,44 (n=2)	0,34 (n=2)	0,16 (n=1)	0,61 (n=2,6)
nur Sachbeschädigung, einschließlich fremder Sachen	0 (n=0)	0,25 (n=1)	0,22 (n=1)	0,17 (n=1)	1,11 (n=7)	0,35 (n=2)
nur bedrohliches Verhalten ohne Tätlichkeiten	1,1 (n=4)	1,23 (n=5)	0,87 (n=4)	2,05 (n=12)	0,48 (n=3)	1,15 (n=5,6)
unbekannt/unklar	0 (n=0)	0 (n=0)	0,44 (n=2)	0,34 (n=2)	0 (n=0)	0,16 (n=0,8)

(Tab. 67 „E12 Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts“)

3.3.21. Fixierungen

Hinsichtlich während des stationären Aufenthalts erfolgter Fixierungen zeigte sich, dass diese bei etwa 95 % dieser Patientengruppe nicht erfolgten. Die restlichen Nennungen verteilten sich relativ gleichmäßig auf einmalige bzw. mehrmalige Fixierungen.

Ein Anstieg von 95,32 % (346 Fälle) 1999 (n=363) auf 97,3 % (612 Fälle) 2003 (n=629) ließ sich, trotz eines im Jahr 2002 (n=584) erreichten prozentualen Tiefwerts von 94,52 %, für den Anteil nie erfolgter Fixierungen beobachten. Die Fallzahlen nahmen demgegenüber kontinuierlich zu. Die Zahl der einmalig fixierten Patienten ging hingegen von 2,48 % im Jahr 1999 auf 1,43 % im Jahr 2003 zurück, wobei im Jahr 2001 (n=458) ein Minimalwert von 0,65 % durchlaufen wurde. Auch die Werte für die mehrmalige Durchführung dieser Maßnahme verhielten sich innerhalb dieser Gruppe mit 2,2 % 1999 bzw. 1,27 % 2003, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 3,25 % im Jahr 2002, im Gesamtverlauf rückläufig. Die Betrachtung der Absolutzahlen ergab hingegen ein anderes Bild: Beide Fixierungsmaßnahmen wurden im Gesamtverlauf in konstanter Zahl durchgeführt (einmal in jeweils 9, mehrmals in jeweils 8 Fällen). Zwischenzeitlich waren

allerdings Schwankungen im Sinne eines im Jahr 2001 erreichten Minimums (3 Fälle von einmaliger, 7 Fälle von mehrmaliger Fixierung), gefolgt von einem jeweiligen Maximum im Jahr 2002 (11 einmalige, 19 mehrmalige Fixierungen) zu verzeichnen. Mit jeweils 0 % 1999 und 2003 blieb die Zahl unbekannter/unklarer Nennungen hingegen, abgesehen von einem Maximum von 1,53 % (7 Fälle) im Jahr 2001, unverändert. (s. Tab. 68)

E14 Fixierungen (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert (Ø-n)
keine	95,32 (n=346)	95,56 (n=387)	96,29 (n=441)	94,52 (n=552)	97,3 (n=612)	95,8 (n=467,6)
einmal	2,48 (n=9)	1,73 (n=7)	0,65 (n=3)	1,88 (n=11)	1,43 (n=9)	1,63 (n=7,8)
mehrmals	2,2 (n=8)	2,72 (n=11)	1,53 (n=7)	3,25 (n=19)	1,27 (n=8)	2,19 (n=10,6)
unbekannt/unklar	0 (n=0)	0 (n=0)	1,53 (n=7)	0,34 (n=2)	0 (n=0)	0,37 (n=1,8)

(Tab. 68 „E14 Fixierungen“)

3.3.22. Verweildauer nach Gruppen

Eine Differenzierung der dieser Diagnosegruppe angehörenden Patienten hinsichtlich ihrer Verweildauer ergab ein deutliches Überwiegen 1-3 Monate dauernder stationärer Aufenthalte (44-48 %). Anteilmäßig folgten Aufenthalte von 3-6 Monaten (15-18 %), 21-31 Tagen (11-14 %) sowie 14-21 Tagen (5-10 %). Längere bzw. kürzere stationäre Verweildauern waren eher selten.

Im erfassten Zeitraum ging die Zahl der bis zu 2 Tage dauernden Aufenthalte, trotz eines anfänglichen Anstiegs auf 5,93 % im Jahr 2000 (n=405), von 3,86 % 1999 (n=363) auf 2,4 % 2002 (n=584) bzw. 3,18 % 2003 (n=629) zurück. Auch Verweildauern von 14-21 Tagen nahmen anteilmäßig im Gesamtverlauf, ungeachtet eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf bis zu 9,61 % im Jahr 2001 (n=458), von 6,34 % 1999 auf 5,72 % 2003 ab. Von 13,22 % 1999 auf 12,88 % 2003 ging ferner der Anteil der 21-31 Tage in der Klinik Verbliebenen insgesamt leicht zurück, wobei hier im Jahr 2001 ein Tiefwert von 11,57 % erreicht wurde. Die Werte für 6-12 Monate dauernde Aufenthalte zeigten sich, abgesehen von einem zwischenzeitlichen Anstieg auf 3,06 % im Jahr 2001, mit 2,2 % 1999 bzw. 1,75 % 2003 ebenfalls leicht rückläufig. Von 3,86 % 1999 auf 4,13 % 2003 leicht angestiegen waren im erfassten Zeitraum hingegen Verweildauern von 2-7 Tagen, wobei im Jahr 2001 ein Höchstwert von 6,77 % erreicht wurde. Auch die Zahl der 7-14 Tage in der Klinik verbliebenen Patienten nahm, trotz eines anfänglichen Rückgangs auf 4,94 % im Jahr 2000, insgesamt von 6,61 % 1999 auf 7,47 % 2003 zu. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich mit 47,11 % 1999 bzw. 47,69 % 2003 und einem im Jahr 2001 erreichten Tiefwert von 44,32 % für Aufenthalte von 1-3 Monaten Dauer. Auch der Anteil der 3-6 Monate stationär verbliebenen Patienten stieg im Gesamtverlauf, trotz eines Minimalwerts von 15,5 % im Jahr 2001, von 16,8 % 1999 auf 17,98 % 2002 bzw. 17,17 % 2003 an. Die übrigen Werte blieben relativ konstant. (s. Tab. 69)

Verweildauer nach Gruppen (%)	1999 (n=363)	2000 (n=405)	2001 (n=458)	2002 (n=584)	2003 (n=629)	Ø-Wert
bis 2 Tage	3,86	5,93	2,4	2,4	3,18	3,55
2 – 7 Tage	3,86	4,69	6,77	5,82	4,13	5,05
7 - 14 Tage	6,61	4,94	5,9	6,16	7,47	6,22
14 - 21 Tage	6,34	7,41	9,61	7,71	5,72	7,36
21 - 31 Tage	13,22	12,84	11,57	11,64	12,88	12,43
1 – 3 Monate	47,11	45,43	44,32	46,58	47,69	46,23
3 – 6 Monate	16,8	17,04	15,5	17,98	17,17	16,9
6 - 12 Monate	2,2	1,73	3,06	1,71	1,75	2,09
Rest	0	0	0,87	0	0	0,17

(Tab. 69 „Verweildauer nach Gruppen“)

3.4. Patienten mit organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (ICD-10-Gruppen F00-03)

3.4.1. ICD-10-Gruppe - Diagnosen F00-03

Hinsichtlich der Verteilung auf die Untergruppen innerhalb der Diagnosegruppe F0 ließ sich feststellen, dass mit etwa zwei Drittel der überwiegende Teil der Patienten aufgrund von Demenz bei Alzheimer-Krankheit (ICD-10 F00) stationär aufgenommen wurde. Bei etwa einem Drittel der Patienten wurde eine vaskuläre Demenz (ICD-10 F01) diagnostiziert. Verhältnismäßig selten waren hingegen Demenz bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F02) sowie eine nicht näher bezeichnete Demenz (ICD-10 F03) bei den Patienten zu beobachten.

Im hier erfassten Zeitraum stieg die Zahl der Patienten aus der Gruppe F00 von 58,33 % im Jahr 1999 (n=180) auf 67,22 % im Jahr 2003 (n=180) an. Ein Rückgang von 32,78 % 1999 auf 26,67 % 2003 ließ sich hingegen für die Gruppe F01 verzeichnen, wobei im Jahr 2002 (n=238) ein Tiefwert von 25,63 % erreicht wurde. Mit 4,44 % 1999 bzw. 2,78 % 2003 nahmen, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 7,14 % im Jahr 2002, auch Aufnahmen mit der Diagnose F02 ab. Ähnlich verhielten sich mit 4,44 % 1999 bzw. 3,33 % 2003 die Werte für die Gruppe F03, wobei hier ein Minimum von 0,88 % im Jahr 2001 (n=227) durchlaufen wurde. (s. Tab. 70)

ICD-10-Gruppe (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
F00	58,33	61,34	62,56	65,13	67,22	62,92
F01	32,78	32,99	33,48	25,63	26,67	30,31
F02	4,44	4,64	3,08	7,14	2,78	4,42
F03	4,44	1,03	0,88	2,1	3,33	2,36

(Tab. 70 „ICD-10-Gruppe“)

3.4.2. „Aufnahmegrund“/Rechtsgrundlage

Die differenzierte Betrachtung der bei dieser Patientengruppe zur Aufnahme führenden Rechtsgrundlage ergab ein deutliches Überwiegen freiwilliger Aufnahmen, wobei mehr Patienten freiwillig (52-63 %) als freiwillig bei Betreuung (25-36 %) aufgenommen wurden. Anteilmäßig folgten aufgrund eines beantragten oder vorliegenden Beschlusses nach §§ 1906, 1846 BGB sowie freiwillig nach Polizeieinweisung bzw. im Sinne einer Notaufnahme erfolgte Aufnahmen. Basierend auf Art. 9 UbG und § 70 FGG (vorläufige Unterbringung) bzw. Art. 10/2 UbG („Polizeibericht“ hier bestätigt) bzw. Art. 10/1 UbG (Beschluss der Kreisverwaltungsbehörde) bzw. Unterbringungsgesetzen anderer Länder wurden ebenso wie aufgrund von Art. 10/4 UbG (Leiter der Einrichtung) geringere Patientenzahlen aufgenommen.

Ein Rückgang von 62,78 % 1999 (n=180) auf 61,67 % 2003 (n=180) ließ sich, nach Durchlaufen eines Tiefwerts von 52,58 % im Jahr 2000 (n=194), im Bereich der freiwilligen Aufnahmen beobachten. Die Werte für freiwillig bei Betreuung aufgenommene Patienten nahmen insgesamt, abgesehen von einem anfänglichen Anstieg auf 35,57 % im Jahr 2000, ebenfalls von 26,11 % 1999 auf 25 % 2003 ab. Auch Aufnahmen aufgrund eines Beschlusses nach §§ 1906, 1846 BGB gingen, nach einem Maximum von 8,81 % im Jahr 2001 (n=227), im erfassten Zeitraum von 7,22 % 1999 auf 5 % 2003 zurück. Trotz eines im Jahr 2001 erreichten Höchstwerts von 4,4 %, nahm die Zahl der basierend auf Art. 10/4 UbG (Leiter der Einrichtung) weiterbehandelten Patienten im Gesamtverlauf ebenfalls von 1,11 % 1999 auf 0 % 2002 (n=238) und 2003 ab. Ein Anstieg von 2,78 % im Jahr 1999 auf 3,89 % 2003 ließ sich hingegen für Aufnahmen auf der Basis von Art. 9 UbG und § 70 FGG bzw. Art. 10/2 UbG bzw. Art. 10/1 UbG bzw. Unterbringungsgesetzen anderer Länder verzeichnen, wobei im Jahr 2002 ein Maximum von 4,62 % durchlaufen wurde. Eine ähnliche Entwicklung zeigten mit 0 % 1999 und 2000 bzw. 3,89 % 2003 sowie einem Höchstwert von 5,04 % im Jahr 2002 die Werte für freiwillig nach Polizeieinweisung bzw. im Sinne einer Notaufnahme aufgenommene Patienten. Auch sonstige Aufnahmegründe nahmen im erfassten Zeitraum von 0 % 1999 auf 0,84 % 2002 bzw. 0,56 % 2003 zu. (s. Tab. 71)

A1 „Aufnahmegrund“/ Rechtsgrundlage (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
freiwillig	62,78	52,58	52,86	57,56	61,67	57,49
freiwillig bei Betreuung	26,11	35,57	27,31	26,47	25	28,09
freiwillig nach Polizeieinweisung bzw. "Notaufnahme" (Beschluss gem. §§ 1846, 1906 angeregt)	0	0	3,53	5,04	3,89	2,49
Beschluss nach §§ 1906,1846 BGB beantragt bzw. liegt vor	7,22	7,73	8,81	5,46	5	6,84
Art. 9 UbG und § 70 FGG bzw. Art. 10/2 UbG bzw. Art. 10/1 UbG bzw. UbG anderer Länder	2,78	2,58	3,08	4,62	3,89	3,39
Art. 10/4 UbG (Leiter der Einrichtung)	1,11	1,03	4,4	0	0	1,31

A1 „Aufnahmegrund“/ Rechtsgrundlage (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
sonstiges = Beschl. nach § 1631b (Kind), Minderjährige m. Zust. der Eltern, §§ 81,83 StPO bzw. § 126 a StPO bzw. UvollzO / StPO bzw. §68b, Abs.4 FGG bzw. § 63 StGB	0	0,52	0	0,84	0,56	0,38

(Tab. 71 „A1 „Aufnahmegrund“/Rechtsgrundlage“)

3.4.3. Ärztliche Einweisung/Empfehlung

Bezüglich der Art der zur Aufnahme führenden ärztlichen Einweisung bzw. Empfehlung ließ sich Folgendes feststellen: Einweisungen bzw. Empfehlungen aus dem ambulanten Bereich erfolgten deutlich häufiger als solche aus dem stationären Bereich. Der Großteil dieser Empfehlungen wurde durch Praktische, Allgemein- oder sonstige Ärzte (17-37 %) sowie durch die eigene Ambulanz (14-28 %) ausgesprochen. Anteilmäßig folgten ohne ärztliche Einweisung erfolgte, durch niedergelassene Psychiater, Nervenärzte oder Psychotherapeuten sowie durch Notärzte bzw. ärztliche Notdienste angeregte Aufnahmen. Aus dem stationären Bereich überwogen Empfehlungen seitens des Zentralklinikums. Vergleichsweise höher lag ferner die Zahl der Einweisungen durch nicht-psychiatrische Krankenhäuser.

Im hier erfassten Zeitraum stieg die Zahl der ohne ärztliches Anraten erfolgten Aufnahmen, nach einem zwischenzeitlichen Tiefwert von 9,18 % im Jahr 2000 (n=194), von 12,15 % 1999 (n=180) auf 21,11 % 2003 (n=180) an. Ebenfalls zunehmend kamen ärztliche Einweisungen bzw. Empfehlungen mit 14,36 % 1999 bzw. 21,11 % 2003 aus der eigenen Ambulanz, wobei im Jahr 2002 (n=238) ein Höchstwert von 27,92 % erreicht wurde. Von 11,6 % 1999 bzw. 10,2 % 2000 auf 21,67 % 2003 stieg ferner der Anteil der durch niedergelassene Psychiater bzw. Psychotherapeuten angeregten Einweisungen an. Von 33,7 % 1999 auf 17,23 % 2003 ging hingegen, trotz eines im Jahr 2000 erreichten Höchstwerts von 36,22 %, die Zahl der durch Praktische, Allgemein- oder sonstige Ärzte angeregten Aufnahmen zurück. Auch die durch andere (nicht-)psychiatrische Ambulanzen erfolgten Einweisungen nahmen, trotz eines zwischenzeitlich erreichten Maximums von 1,67 % im Jahr 2002, im Gesamtverlauf von 0,55 % 1999 auf 0 % 2003 ab. Die Werte für durch Notärzte bzw. ärztliche Notdienste ausgesprochene Empfehlungen verhielten sich insgesamt mit 4,97 % 1999 bzw. 5 % 2003 relativ konstant, durchliefen im Jahr 2000 allerdings einen Tiefwert von 2,04 %.

Hinsichtlich ärztlicher Empfehlungen aus dem stationären Bereich war Folgendes zu beobachten: Einweisungen aus dem Zentralklinikum ließen mit 12,71 % 1999 bzw. 7,78 % 2003, trotz eines Maximalwert von 15,82 % im Jahr 2000, einen Rückgang erkennen. Rückläufig waren ferner Einweisungen durch andere psychiatrische Krankenhäuser (1,1 % 1999 bzw. 0 % 2003) sowie nicht erfolgte Eingaben zu dieser Fragestellung (3,31 % 1999 bzw. 0 % 2002 und 2003). Die Zahl ärztlicher Empfehlungen von Seiten nicht-psychiatrischer Krankenhäuser hingegen stieg, trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 2,08 % im Jahr 2002, insgesamt von 4,42 % 1999 auf 6,11 % 2003 an. Von anderen Stellen veranlasste Einweisungen waren nur vereinzelt und mit relativ stabilen Werten zu beobachten. (s. Tab. 72)

A2 Ärztliche Einweisung/Empfehlung (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
aus dem ambulanten Bereich:						
ohne ärztliche Einweisung	12,15	9,18	12,61	16,67	21,11	14,34
Praktischer Arzt/Allgemeinarzt, sonstiger Arzt	33,7	36,22	33,04	24,58	17,23	28,95
niedergel. Psychiater/Psychotherapeut	11,6	10,2	10,87	11,67	21,67	13,2
eigene Ambulanz	14,36	21,43	19,56	27,92	21,11	20,88
andere psychiatr./nicht psychiatr. Ambulanz	0,55	0	1,3	1,67	0	0,7
Notarzt/ärztlicher Notdienst	4,97	2,04	4,35	4,58	5	4,19
sozialpsychiatrischer Dienst, GA, Arzt anderer öffentlicher Stellen	0	0	0	0,42	0	0,08
aus dem stationären Bereich:						
psychiatrische Tagklinik/Nachtklinik	0	0	0,43	0	0	0,09
andere psychiatrische Klinik BKH Kaufbeuren bzw. BKH Günzburg	1,1	0	0,43	0	0	0,31
eigene Klinik (vollstationär)	0,55	0	0	0	0	0,11
eigene Klinik - Tagklinik	0,55	0	0	0	0	0,11
Zentralklinikum	12,71	15,82	12,61	10,42	7,78	11,87
nicht-psychiatrisches Krankenhaus	4,42	4,59	4,35	2,08	6,11	4,31
keine Eingabe	3,31	0,51	0,43	0	0	0,85

(Tab. 72 „A2 Ärztliche Einweisung/Empfehlung“)

3.4.4. Wohnsituation vor Aufnahme

Bezüglich der vor der Aufnahme bestehenden Wohnsituation zeigte sich, dass etwa die Hälfte der Patienten in Privatwohnungen bzw. Wohngemeinschaften lebten (49-64 %). Mit 24-43 % lag auch der Anteil in Altenheimen Lebender hoch. Auffällig war ferner das Fehlen von Patienten ohne festen Wohnsitz innerhalb dieser Diagnosegruppe. Vergleichsweise höhere Werte ließen sich hingegen für in therapeutischen Heimen lebende Patienten beobachten, wobei hier ein Anstieg von 0 % im Jahr 1999 (n=180) auf 5,56 % im Jahr 2003 (n=180), bei einem Maximalwert von 7,05 % 2001 (n=227), zu verzeichnen war. Auch der Anteil in betreutem Einzelwohnen bzw. in Wohngruppen Lebender nahm von 2,78 % 1999 bzw. 0,52 % 2000 (n=194) auf 6,67 % 2003 zu. Die Zahl in Privatwohnungen lebender Patienten ging im erfassten Zeitraum hingegen insgesamt leicht von 63,89 % 1999 auf 63,33 % 2003 zurück, wobei im Jahr 2001 ein Tiefwert von 49,34 % zu verzeichnen war. Auch der Anteil in Altenheimen Lebender nahm im Gesamtverlauf, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf bis zu 42,27 % im Jahr 2000, von 29,44 % 1999 auf 24,44 % 2003 ab. Die Zahl der in sonstigen nicht-therapeutischen Heimen Wohnhaften fiel ebenfalls, nach einem anfänglichen Anstieg von 0 % 1999 auf 1,76 % 2001, in den Jahren 2002 (n=238) und 2003 erneut auf 0 % ab. Von 3,89 % 1999 auf 0 % 2002 und 2003 ging ferner der Anteil sonstiger Eingaben zurück. (s. Tab. 73)

A4 Wohnsituation vor Aufnahme (1.Wohnsitz) (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
Privatwohnung, auch WG	63,89	54,64	49,34	56,3	63,33	57,5
betreutes Einzelwohnen/Wohngruppe	2,78	0,52	3,08	2,1	6,67	3,03
therapeutisches/psych. Heim, gerontopsych. Heim etc.	0	1,55	7,05	5,46	5,56	3,92
Altenheim, -wohnheim, -pflegeheim	29,44	42,27	38,33	36,13	24,44	34,12
sonstiges nicht-therapeut. Heim	0	0,52	1,76	0	0	0,46
sonstige	3,89	0,52	0,44	0	0	0,97

(Tab. 73 „Wohnsituation vor Aufnahme (1. Wohnsitz)“)

3.4.5. Lebt zusammen mit

Bei Erweiterung der Betrachtung der Wohnsituation auf eventuelle Lebenspartner ließ sich ein leichtes Überwiegen in Institutionen bzw. betreut wohnender Patienten (31-48 %) gegenüber allein in Privatwohnungen (20-33 %) oder mit dem (Ehe-)Partner Lebenden (18-34 %) feststellen. Mit 2-8 % lag ferner der Anteil bei den Kindern Wohnhafter vergleichsweise hoch. Kein Patient war im erfassten Zeitraum ohne festen Wohnsitz.

Für die in Institutionen bzw. betreut Wohnenden ließ sich eine Zunahme von 31,02 % 1999 (n=180) auf 34,44 % 2003 (n=180), bei einem im Jahr 2001 (n=227) erreichten Höchstwert von 47,62 %, verzeichnen. Trotz eines im Jahr 2001 zwischenzeitlich durchlaufenen Tiefwerts von 18,61 %, stieg ferner auch der Anteil mit dem (Ehe-)Partner zusammenlebender Patienten im Gesamtverlauf von 22,99 % 1999 auf 33,89 % 2003 an. Die Zahl der allein in Privatwohnungen Lebenden ging hingegen von 32,62 % 1999 auf 27,78 % 2003 zurück, wobei im Jahr 2000 (n=194) ein Tiefwert von 20,6 % durchlaufen wurde. Ebenfalls rückläufig war mit 7,49 % 1999 bzw. 2,78 % 2003 die Zahl der bei den Kindern wohnhaften Patienten. Im erfassten Zeitraum nahm ferner der Anteil bei Geschwistern lebender Patienten von 1,07 % 1999 auf 0 % 2002 bzw. 0,56 % 2003 ab. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich für bei anderen Verwandten Wohnhafte (1,6 % 1999 bzw. 0 % 2003) sowie für sonstige Eingaben (3,21 % 1999 bzw. 0,56 % 2003) ab. Andere Lebenspartner wurden nur vereinzelt und mit relativ konstanten Werten genannt. (s. Tab. 74)

A5 Lebt zusammen mit (vor Aufnahme) (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
allein in Privatwohnung	32,62	20,6	27,71	28,57	27,78	27,46
in Institution oder betreutem Wohnen	31,02	42,71	47,62	42,04	34,44	39,57
Eltern(teil)	0	1,01	0	0,41	0	0,28
(Ehe-)Partner	22,99	26,13	18,61	20,41	33,89	24,41
Kind(ern)	7,49	8,04	4,33	6,53	2,78	5,83
Schwester/Bruder	1,07	0,5	0	0	0,56	0,43
anderen Verwandten	1,6	0	0,87	1,63	0	0,82
Bekanntem, Wohngemeinschaft o.ä.	0	0,5	0,43	0	0	0,19
sonstige	3,21	0,5	0,43	0,41	0,56	1,02

(Tab. 74 „A5 Lebt zusammen mit (vor Aufnahme)“)

3.4.6. Höchster erreichter Schulabschluss

Bezüglich des höchsten von Patienten dieser Diagnosegruppe erreichten Schulabschlusses fiel mit 26-55 % insgesamt ein Überwiegen der Hauptschulabschlüsse auf, wobei hier die ohne Qualifizierenden Abschluss - mit Ausnahme des Jahres 2000 - häufiger waren als diejenigen mit einem solchen. Mit 23-50 % war ferner auch der Anteil unbekannter bzw. unklarer Schulsituationen hoch, gefolgt von Patienten ohne Abschluss, mit mittlerer Reife bzw. abgeschlossener polytechnischer Oberschule sowie mit (Fach-)Abitur. Patienten mit Sonderschulabschluss fanden sich in dieser Diagnosegruppe nur für das Jahr 2003 (n=180) mit geringen Werten (0,56 %).

Nach einem anfänglichen starken Abfall auf 11,86 % im Jahr 2000 (n=194) stieg die Zahl der über einen Hauptschulabschluss ohne Qualifizierenden Abschluss verfügenden Patienten im Gesamtverlauf von 33,33 % 1999 (n=180) auf 41,11 % 2003 an. Von 15,56 % im Jahr 1999 auf 2,78 % im Jahr 2003 ging hingegen, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 17,18 % im Jahr 2001 (n=227), der Anteil der Hauptschulabschlüsse mit Qualifizierendem Abschluss zurück. Mit 10,56 % 1999 bzw. 5,56 % 2003 waren auch die Werte für Patienten ohne Schulabschluss rückläufig. Patienten mit mittlerer Reife fanden sich mit 8,89 % 1999 bzw. 5,56 % 2003 sowie einem im Jahr 2002 (n=238) erreichten Tiefwert von 3,78 % ebenfalls zunehmend seltener innerhalb dieser Diagnosegruppe. Ähnliches war mit 3,33 % 1999 bzw. 0 % 2002 und 2003 für die Zahl der unterlassenen Eingaben zu beobachten. Ein leichter Anstieg von 5 % 1999 auf 5,56 % 2003 ließ sich hingegen, bei einem im Jahr 2000 erreichten Maximalwert von 7,22 %, für Patienten mit (Fach-)Abitur verzeichnen. Von 23,33 % 1999 auf 38,89 % 2003 nahm ferner, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (49,48 % 2000, 23,35 % 2001), der Anteil unbekannter bzw. unklarer Schulsituationen innerhalb dieser Patientengruppe zu. (s. Tab. 75)

A6 Höchster erreichter Schulabschluss (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
kein Abschluss	10,56	8,25	7,92	5,46	5,56	7,55
Sonderschulabschluss	0	0	0	0	0,56	0,11
Hauptschulabschluss ohne Qualifizierenden Abschluss	33,33	11,86	37,89	36,13	41,11	32,06
Hauptschulabschluss mit Qualifizierendem Abschluss	15,56	14,95	17,18	4,62	2,78	11,02
Mittlere Reife/Polytechn. Oberschule	8,89	7,73	7,05	3,78	5,56	6,6
(Fach-)Abitur	5	7,22	6,17	5,88	5,56	5,97
unbekannt/unklar	23,33	49,48	23,35	44,12	38,89	35,83
keine Eingabe	3,33	0,52	0,44	0	0	0,86

(Tab. 75 „A6 Höchster erreichter Schulabschluss“)

3.4.7. Jetzige berufliche Situation

Bei Betrachtung der vor der Aufnahme aktuellen beruflichen Situation ergab sich mit insgesamt über 90 % ein deutliches Überwiegen der Rentenempfänger innerhalb dieser Patientengruppe, wobei weitaus mehr Altersrentenempfänger als Witwen- oder EU-/BU- bzw. Frührentenempfänger zu beobachten waren. Auffällig

war ferner der geringe Anteil Berufstätiger, Arbeitsloser (jeweils unter 1 %) sowie Sozialhilfeempfänger (bis 2 %).

Im erfassten Zeitraum stieg die Zahl der Altersrentner, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (74,74 % 2000 (n=194), 88,55 % 2001 (n=227)), insgesamt von 82,78 % 1999 (n=180) auf 84,44 % 2003 (n=180) an. Im Bereich der EU-/BU- bzw. Frührentner ließ sich, abgesehen von einem zwischenzeitlich erreichten Tiefwert von 1,32 % im Jahr 2001, ebenfalls eine Zunahme von 3,89 % 1999 auf 4,44 % 2003 verzeichnen, wobei im Jahr 2002 (n=238) ein Maximum von 10,5 % durchlaufen wurde. Nach einer anfänglichen Zunahme auf 13,4 % im Jahr 2000 nahm der Anteil der Witwenrentenempfänger im Gesamtverlauf hingegen von 7,78 % 1999 auf 2,78 % 2003 ab. Trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (3,09 % 2000, 0 % 2001) stieg demgegenüber die Zahl der Hausfrauen bzw. -männer insgesamt leicht von 1,11 % 1999 auf 1,67 % 2003 an. Von jeweils 0 % im Jahr 1999 auf 1,68 % im Jahr 2002 bzw. 0,56 % im Jahr 2003 nahm ferner die Zahl der sich in Ausbildung oder Umschulung Befindlichen bzw. der Sozialhilfeempfänger zu. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 0 % 1999 bzw. 5,56 % 2003 für unbekannte bzw. unklare Berufssituationen beobachten, wohingegen der Anteil nicht erfolgter Eingaben mit 3,33 % 1999 bzw. 0 % 2002 und 2003 rückläufig war. Wehr- oder Zivildienstleistende waren nur selten zu finden, was Aussagen zur Dynamik der Werte nicht möglich machte. (s. Tab. 76)

A8 Jetzige berufliche Situation (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
berufstätig, Vollzeit	0,56	1,03	0,44	0	0	0,41
Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	1,11	3,09	0	0,42	1,67	1,26
Ausbildung, Umschulung	0	0	0	1,68	0,56	0,45
Wehr-/Zivildienst/FSJ	0,56	0	0	0	0	0,11
arbeitslos gemeldet	0	0,52	0	0,84	0	0,27
EU/BU/Frührente, R.verfahren	3,89	4,64	1,32	10,5	4,44	4,96
Altersrente/Pension	82,78	74,74	88,55	78,57	84,44	81,82
Witwen(r)-Rente	7,78	13,4	7,93	5,46	2,78	7,47
Sozialhilfeempfänger	0	0,52	0,44	1,68	0,56	0,64
unbekannt/unklar	0	1,55	0,88	0,84	5,56	1,77
keine Eingabe	3,33	0,52	0,44	0	0	0,86

(Tab. 76 „A8 Jetzige berufliche Situation“)

3.4.8. Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung

Bei differenzierter Betrachtung des Jahres der ersten (teil-)stationären Behandlung ließ sich eine Konzentration der Werte auf die vergangenen 10-15 Jahre feststellen, wobei eine ansteigende Tendenz zu verzeichnen war.

Die Zahl nicht erfolgter Eingaben war mit 166 im Jahr 1999 (n=180) vergleichsweise hoch, ging im Verlauf der Jahre allerdings auf 5 im Jahr 2003 (n=180) zurück. (s. Tab. 77)

A9 Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung (n)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
1942	0	0	0	4	0	0,8

A9 Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung (n)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
1965	0	0	1	1	0	0,4
1972	1	0	0	0	1	0,4
1974	0	1	0	0	0	0,2
1975	0	0	1	0	0	0,2
1977	0	1	0	0	0	0,2
1981	0	1	1	0	0	0,4
1983	0	1	1	1	1	0,8
1987	1	0	1	1	0	0,6
1988	0	0	0	1	0	0,2
1990	0	0	0	1	0	0,2
1992	0	0	0	0	1	0,2
1993	0	0	0	3	3	1,2
1994	0	1	1	0	0	0,4
1995	0	1	0	1	0	0,4
1996	0	1	0	1	8	2
1997	1	1	1	2	0	1
1998	1	2	0	2	4	1,8
1999	7	2	0	2	0	2,2
2000	0	1	1	14	4	4
2001	0	0	32	14	11	11,4
2002	0	0	1	172	11	36,8
2003	0	0	0	0	130	26
2004	0	0	0	0	1	0,2
unbekannt/unklar	3	1	0	0	0	0,8
keine Eingabe	166	180	186	18	5	111

(Tab. 77 „A9 Jahr der ersten (teil-)stationären psychiatrischen Behandlung überhaupt“)

3.4.9. Alter bei erster psychischer Auffälligkeit

Das Alter der Patienten bei erster psychischer Auffälligkeit blieb vergleichsweise häufig unbekannt bzw. unklar. Der Anteil dieser Eingaben an der Gesamtfallzahl war allerdings, vor allem im Jahr 2001, rückläufig.

Die restlichen Nennungen ergaben folgendes Bild: Der Großteil der Patienten wurde zwischen dem 70ten und 90ten Lebensjahr erstmals auffällig, wobei, nach einem zwischenzeitlichen Abfall, ab Mitte 90 bzw. im Jahr 2003 (n=180) bereits ab Mitte 80 ein erneuter Anstieg zu beobachten war. In den Jahren 2001 (n=227), 2002 (n=238) und 2003 (n=180) zeigte sich ferner bereits eine leichte Zunahme der Werte für Patienten vom 50ten bis zum 70ten Lebensjahr. In jüngeren Jahren zeigten nur sehr wenige dieser Patienten psychische Auffälligkeiten. (s. Tab. 78)

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
19	0	1	0	0	0	0,2
20	1	0	0	0	0	0,2
23	0	0	0	1	0	0,2
27	0	0	0	2	0	0,4
29	1	0	0	0	0	0,2
30	1	0	1	0	0	0,4
39	1	0	1	0	0	0,4
40	1	0	1	0	0	0,4
45	0	0	0	1	0	0,2
46	0	0	0	0	1	0,2
47	0	1	0	0	0	0,2
48	0	2	0	0	0	0,4
49	1	2	1	0	0	0,8
50	0	1	1	0	1	0,6
52	2	0	1	4	1	1,6
53	0	1	0	8	0	1,8
54	0	0	1	2	0	0,6
55	2	1	2	6	3	2,8
56	1	2	1	3	0	1,4
57	1	1	1	1	0	0,8
58	0	1	0	0	6	1,4
59	0	2	0	0	0	0,4
60	4	1	2	3	1	2,2
61	0	2	0	2	0	0,8
62	0	1	1	2	0	0,8
63	0	1	4	4	4	2,6
64	0	1	0	2	2	1
65	0	1	2	5	4	2,4
66	2	0	2	0	2	1,2
67	0	1	4	7	2	2,8
68	2	1	1	2	1	1,4
69	0	2	4	1	1	1,6
70	3	5	5	9	15	7,4
71	3	2	3	3	3	2,8
72	4	5	2	9	5	5
73	1	2	10	3	3	3,8
74	5	4	7	5	2	4,6

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
75	5	12	16	16	7	11,2
76	6	4	13	3	8	6,8
77	4	4	10	5	7	6
78	1	3	12	6	5	5,4
79	6	10	7	14	7	8,8
80	11	11	17	21	7	13,4
81	3	4	6	6	9	5,6
82	3	11	6	6	8	6,8
83	1	4	6	5	7	4,6
84	5	8	4	5	2	4,8
85	8	7	12	9	5	8,2
86	0	6	8	3	13	6
87	3	4	13	7	1	5,6
88	3	5	1	2	1	2,4
89	1	5	5	5	1	3,4
90	2	4	3	4	3	3,2
91	0	1	3	3	0	1,4
92	1	0	1	1	3	1,2
93	0	0	1	0	1	0,4
94	1	1	1	1	0	0,8
95	0	1	0	0	0	0,2
unbekannt/unklar	74	44	23	31	28	40
keine Eingabe	6	1	1	0	0	1,6

(Tab. 78 „ZA13 Alter bei erster psych. Auffälligkeit“)

3.4.10. Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation

Hinsichtlich des von Beginn der aktuellen Krankheitsmanifestation bis zur Aufnahme verstrichenen Zeitraums zeigte sich, dass mit 29-45 % der überwiegende Teil der Patienten über ein Jahr nach Krankheitsbeginn aufgenommen wurde. Anteilmäßig folgten nach 1-4 Wochen (14-27 %), nach 4 Wochen bis 3 Monaten (10-15 %) sowie im Verlauf einer Woche (3-16 %) erfolgte Aufnahmen. Der Anteil der nach 3-6 bzw. 6-12 Monaten aufgenommenen Patienten war in dieser Patientengruppe vergleichsweise geringer.

Die Zahl der nach einem Jahr erfolgten Aufnahmen ging im erfassten Zeitraum von 41,67 % 1999 (n=180) bzw. 44,33 % 2000 (n=194) auf 32,22 % 2003 (n=180) zurück, wobei im Jahr 2002 (n=238) ein Tiefwert von 29,83 % erreicht wurde. Der Anteil nach 6-12 Monaten aufgenommener Patienten war mit 8,89 % 1999 bzw. 5 % 2003 sowie einem im Jahr 2000 durchlaufenen Tiefwert von 4,64 % ebenfalls rückläufig. Von 6,67 % 1999 auf 4,44 % 2003 nahm ferner die Zahl der als unbekannt/unklar bezeichneten Nennungen, mit einem im Jahr 2001 (n=227) durchlaufenen Minimum von 2,64 %, ab. Auch der Anteil unterlassener Eingaben ging von 3,33 % 1999

auf 0 % in den Jahren 2002 und 2003 zurück. Von 3,89 % im Jahr 1999 auf 13,89 % im Jahr 2003 stieg hingegen die Zahl der innerhalb einer Woche aufgenommenen Patienten an, wobei 2002 ein Maximum von 15,55 % erreicht wurde. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich mit 15 % 1999 bzw. 23,33 % 2003 sowie einem Höchstwert von 26,47 % im Jahr 2002 für nach 1-4 Wochen erfolgte Aufnahmen. Auch Aufnahmen 3-6 Monate nach Krankheitsbeginn ließen im Gesamtverlauf, trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf bis zu 3,96 % im Jahr 2001, eine leichte Zunahme von 7,22 % 1999 auf 7,78 % 2003 erkennen. Der Anteil nach 4 Wochen bis 3 Monaten aufgenommener Patienten blieb mit jeweils 13,33 % 1999 und 2003 insgesamt, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (14,54 % 2001, 10,92 % 2002), unverändert. (s. Tab. 79)

A14 Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
<= 1 Woche	3,89	13,92	8,37	15,55	13,89	11,12
> 1 Woche bis 4 Wochen	15	14,43	18,94	26,47	23,33	19,63
> 4 Wochen bis 3 Monate	13,33	12,89	14,54	10,92	13,33	13
> 3 Monate bis 6 Monate	7,22	5,15	3,96	4,2	7,78	5,66
> 6 Monate bis 1 Jahr	8,89	4,64	8,81	7,98	5	7,06
> 1 Jahr	41,67	44,33	42,29	29,83	32,22	38,07
unbekannt/unklar	6,67	4,12	2,64	5,04	4,44	4,58
keine Eingabe	3,33	0,52	0,44	0	0	0,86

(Tab. 79 „A14 Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (geschätzt)“)

3.4.11. Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation

Die Frage nach während der aktuellen Krankheitsmanifestation erfolgten Vorbehandlungen ergab ein Überwiegen ambulant bei Ärzten anderer Fachrichtungen (21-40 %) sowie ambulant psychiatrisch bzw. nervenärztlich vorbehandelter Patienten (21-37 %), gefolgt von vor der Aufnahme nicht behandelten Patienten (7-27 %).

Vorbehandlungen seitens der Institutsambulanz waren seit dem Jahr 2001 (n=227) ebenfalls häufig zu beobachten, wobei hier ein Anstieg von 0 % 1999 (n=180) und 2000 (n=194) auf 26,43 % 2002 (n=238) bzw. 15,74 % 2003 (n=180) zu verzeichnen war. Im Gesamtverlauf mit 31,77 % 1999 bzw. 37,04 % 2003 zunehmend erfolgten ferner, trotz Durchlaufen eines Tiefwerts von 21,97 % im Jahr 2002, ambulant psychiatrische bzw. nervenärztliche Vorbehandlungen. Die Zahl in keinerlei Weise vorbehandelter Patienten ging hingegen von 26,56 % im Jahr 1999 auf 18,89 % 2003 zurück, wobei im Jahr 2002 ein Tiefwert von 7,64 % erreicht wurde. Auch Vorbehandlungen durch Ärzte anderer Fachrichtungen nahmen im Gesamtverlauf, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 39,49 % im Jahr 2002, von 29,17 % 1999 auf 21,3 % 2003 ab. Von 7,29 % 1999 auf 5,09 % 2003 ging ferner auch der Anteil stationär somatischer bzw. psychosomatischer Vorbehandlungen innerhalb dieser Diagnosegruppe zurück, wobei im Jahr 2002 ein Minimalwert von 3,82 % zu verzeichnen war. Die Zahl (teil-)stationärer psychiatrischer Vorbehandlungen durch die eigene Klinik hingegen blieb, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (0,45 % 2000, 2,74 % 2001), mit 1,56 % 1999 bzw. 1,39 % 2003 vergleichsweise konstant. Unterlassene Eingaben zu dieser Frage nahmen hingegen von 2,6 % 1999 auf 0 % 2002 und 2003 ab. Auch unbekannte bzw. unklare Nennungen waren, abgesehen von einem Maximum von

1,57 % im Jahr 2001 mit 0,52 % 1999 bzw. 0 % 2002 und 2003 leicht rückläufig. Die restlichen Werte verhielten sich relativ stabil. (s. Tab. 80)

A15 Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
keine	26,56	14,93	23,14	7,64	18,98	18,25
ambulant bei Ärzten anderer Fachrichtungen	29,17	39,37	26,67	39,49	21,3	31,2
ambulant psychotherapeutisch	0	0,45	0	0	0	0,09
ambulant psychiatr./nervenärztl.	31,77	36,65	25,88	21,97	37,04	30,66
stationär somatisch/psychosomat.	7,29	7,69	5,1	3,82	5,09	5,8
im eigenen Nicht-KHG-Bereich	0,52	0	0,39	0	0	0,18
Institutsambulanz	0	0	14,12	26,43	15,74	11,26
(teil-)stationär psychiatrisch in eigener Klinik	1,56	0,45	2,74	0,64	1,39	1,36
(teil-)stationär psychiatrisch in anderer Klinik	0	0	0	0	0,46	0,09
unbekannt/unklar	0,52	0	1,57	0	0	0,42
keine Eingabe	2,6	0,45	0,39	0	0	0,69

(Tab. 80 „A15 Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation“)

3.4.12. Art des zur Aufnahme führenden Zustandes

Bei der Art des zur Aufnahme führenden Zustandes handelte es sich bei dieser Diagnosegruppe überwiegend um die Verschlechterung eines chronischen Zustandes (47-65 %), gefolgt von einem erstmaligen Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung (11-33 %). Die Fortdauer eines lang bestehenden, das Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes sowie ein deutliches Abweichen von früheren Zuständen wurden vergleichsweise seltener (jeweils bis zu 15 %) angegeben.

Im erfassten Zeitraum ließ sich ein Rückgang aufgrund der Verschlechterung eines chronischen Zustandes erfolgter Aufnahmen von 65 % 1999 (n=180) auf 63,89 % 2003 (n=180), mit einem im Jahr 2000 (n=194) erreichten Tiefwert von 47,94 %, beobachten. Von 15,56 % 1999 auf 11,11 % 2003 nahm im Gesamtverlauf, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 32,47 % im Jahr 2000, auch der Anteil erstmalig psychiatrisch erkrankter Patienten ab. Die Zahl fortdauernder lang bestehender Zustände war mit 11,67 % 1999 bzw. 3,33 % 2003 ebenfalls rückläufig. Ein Anstieg von 2,22 % im Jahr 1999 auf 15 % im Jahr 2003 ließ sich hingegen für Aufnahmen aufgrund eines deutlichen Abweichens von früheren Zuständen verzeichnen. Die Zahl der Patientenfälle mit Wiederauftreten ähnlicher früherer Zustände blieb mit jeweils 5,56 % 1999 und 2003, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (4,4 % 2001 (n=227), 13,45 % 2002 (n=238)), im Gesamtverlauf unverändert. Unbekannte bzw. unklare Eingaben nahmen insgesamt von 0 % 1999 auf 0,56 % 2003 leicht zu, wobei zwischenzeitlich ein Maximum von 3,52 % 2001 zu beobachten war. Anderweitige größere Schwankungen waren nicht festzustellen. (s. Tab 81)

ZA15 Art des zur Aufnahme führenden Zustandes (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
erstmaliges Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung	15,56	32,47	11,01	12,61	11,11	16,55
Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes	11,67	6,19	7,93	6,3	3,33	7,08
Verschlechterung eines chronischen Zustandes	65	47,94	63,44	52,1	63,89	58,47
Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	5,56	9,79	4,4	13,45	5,56	7,75
deutliches Abweichen von früheren Zuständen	2,22	2,06	9,25	14,29	15	8,56
unbekannt/unklar	0	1,55	3,52	1,26	0,56	1,38
keine Eingabe	0	0	0,44	0	0,56	0,2

(Tab. 81 „ZA15 Art des zur Aufnahme führenden Zustandes“)

3.4.13. Jemals Suizidversuch

Hinsichtlich eines eventuell im Vorfeld der Aufnahme erfolgten Suizidversuches ergab sich ein deutliches Überwiegen der Patienten, die noch nie einen solchen verübt hatten (82-92 %). Nur 3-7 % der Patienten hatten im Vorfeld der Aufnahme einen Suizidversuch durchgeführt. Vergleichsweise hoch lag auch der Anteil unbekannter bzw. unklarer Nennungen.

Insgesamt nahm die Gesamtzahl der Suizidversuche, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 6,16 % (14 Fälle) im Jahr 2001 (n=227), von 3,33 % (6 Fälle) 1999 (n=180) auf 2,22 % (4 Fälle) 2003 (n=180) ab, wobei die seit dem Jahr 2001 praktizierte Trennung der positiven Antworten in „ja, unmittelbar vor Aufnahme“ und „ja, jemals früher“ zu bemerken ist. So nahm der Anteil unmittelbar vor der Aufnahme erfolgter Suizidversuche von 3,33 % (6 Fälle) 1999 auf 1,11 % (2 Fälle) 2003 ab, wohingegen die Zahl jemals früher vorgenommener im erfassten Zeitraum von 0 % 1999 und 2000 (n=194) auf 3,36 % (8 Fälle) 2002 (n=238) bzw. 1,11 % (2 Fälle) 2003 anstieg. Eine Zunahme von 86,11 % 1999 auf 91,67 % 2003 ließ sich ferner, trotz eines anfänglichen Abfalls auf 82,47 % im Jahr 2000, für nicht durch einen Suizidversuch auffällig gewordene Patienten verzeichnen. Die tatsächlichen Fallzahlen stiegen demgegenüber im Gesamtverlauf nur leicht von 155 im Jahr 1999 auf 165 im Jahr 2003 an, erreichten aber im Jahr 2002 einen Höchstwert von 213. Insgesamt von 7,78 % (14 Fälle) 1999 auf 5,56 % (10 Fälle) 2003 ging hingegen, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (13,92 % (27 Fälle) 2000, 3,96 % (9 Fälle) 2001), die Zahl unbekannter bzw. unklarer Nennungen zurück. Ebenfalls rückläufig verhielten sich mit 2,78 % (5 Fälle) im Jahr 1999 bzw. 0,56 % (1 Fall) im Jahr 2003 die Werte für unterlassene Eingaben zu dieser Fragestellung. (s. Tab. 82)

A18 Jemals Suizidversuch (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert (Ø-n)
ja, unmittelbar vor Aufnahme	3,33 (n=6)	3,09 (n=6)	3,08 (n=7)	2,1 (n=5)	1,11 (n=2)	2,54 (n=5,2)
ja, jemals früher	0 (n=0)	0 (n=0)	3,08 (n=7)	3,36 (n=8)	1,11 (n=2)	1,51 (n=4,8)
nein	86,11 (n=155)	82,47 (n=160)	89,43 (n=203)	89,5 (n=213)	91,67 (n=165)	87,84 (n=179,2)
unbekannt/unklar	7,78 (n=14)	13,92 (n=27)	3,96 (n=9)	4,62 (n=11)	5,56 (n=10)	7,17 (n=14,2)
keine Eingabe	2,78 (n=5)	0,52 (n=1)	0,44 (n=1)	0,42 (n=1)	0,56 (n=1)	0,94 (n=1,8)

(Tab. 82 „A18 Jemals Suizidversuch“)

3.4.14. Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme

Im Vorfeld der Aufnahme war der Großteil der Patienten nicht durch Suizidalität auffällig geworden, wobei hier eine Zunahme von 89,44 % 1999 (n=180) auf 92,78 % 2003 (n=180) zu verzeichnen war. Bei Betrachtung der Absolutzahlen zeigten sich im Gesamtverlauf mit 161 Fällen 1999 bzw. 167 Fällen 2003 eher konstante Werte, während ein zwischenzeitlicher Anstieg auf bis zu 218 Fälle im Jahr 2002 zu verzeichnen war. Mit 7,78 % (14 Fälle) im Jahr 1999 bzw. 4,44 % (8 Fälle) im Jahr 2003 war die Zahl dergestalt aufgefallener Patienten hingegen, abgesehen von einem Maximum von 17 Fällen im Jahr 2002 (n=238), rückläufig. Der Anteil unbekannter bzw. unklarer Nennungen blieb mit jeweils 2,78 % (jeweils 5 Fälle) 1999 und 2003, trotz eines zwischenzeitlich durchlaufenen Tiefwerts von 1,26 % (3 Fälle) im Jahr 2002, im Gesamtverlauf unverändert. (s. Tab. 83)

A19 Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert (Ø-n)
ja	7,78 (n=14)	5,67 (n=11)	6,17 (n=14)	7,14 (n=17)	4,44 (n=8)	6,24 (n=12,8)
nein	89,44 (n=161)	92,78 (n=180)	91,63 (n=208)	91,6 (n=218)	92,78 (n=167)	91,65 (n=186,8)
unbekannt/unklar	2,78 (n=5)	1,55 (n=3)	2,2 (n=5)	1,26 (n=3)	2,78 (n=5)	2,11 (n=4,2)

(Tab. 83 „A19 Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“)

3.4.15. Bedrohung/Tätlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme

Bezüglich eventuell im Vorfeld der Aufnahme seitens der Patienten erfolgter Bedrohungen bzw. Tätlichkeiten ließ sich ein Überwiegen niemals derartig auffällig gewordener Patienten (66-75 %) feststellen. Anteilmäßig folgten Fälle von lediglich bedrohlichem Verhalten ohne Tätlichkeiten (11-21 %) oder leichten Körperverletzungen (10-21 %).

Im erfassten Zeitraum nahm die Zahl nie durch bedrohliches Verhalten aufgefallener Patienten von 75 % 1999 (n=180) auf 66,67 % 2003 (n=180) ab. Die entsprechenden Absolutzahlen zeigten ebenfalls einen leichten Rückgang von 135 im Jahr 1999 auf 120 im Jahr 2003, stiegen zwischenzeitlich aber auf 158 im Jahr 2002 an. Auch bedrohliches Verhalten ohne Tötlichkeiten war, trotz eines zwischenzeitlich erreichten Maximalwerts von 20,59 % (49 Fälle) im Jahr 2002 (n=238), im Gesamtverlauf mit 13,33 % (24 Fälle) 1999 bzw. 11,11 % (20 Fälle) 2003 zunehmend seltener zu beobachten. Nach einem anfänglichen Anstieg auf 3,09 % (6 Fälle) im Jahr 2000 (n=194) ging ferner der Anteil unbekannter bzw. unklarer Nennungen von 1,11 % (2 Fälle) 1999 auf 0 % 2003 zurück. Die Zahl der bei dieser Diagnosegruppe erfassten leichten Körperverletzungen stieg hingegen von 10 % (18 Fälle) im Jahr 1999 auf 20,56 % (37 Fälle) im Jahr 2003 an. Im Jahr 2001 (n=227) war zudem eine maximale Fallzahl von 41 zu verzeichnen. Sachbeschädigungen eigener sowie fremder Gegenstände nahmen anteilmäßig mit 0,56 % (1 Fall) 1999 bzw. 1,11 % (2 Fälle) 2003 ebenfalls zu, wobei im Jahr 2001 ein Maximum von 1,32 % (3 Fälle) durchlaufen wurde. Schwere Körperverletzungen wurden im erfassten Zeitraum nur in den Jahren 2000 und 2003 jeweils einmalig beobachtet, Sachbeschädigungen lediglich eigener Gegenstände hingegen nie. (s. Tab. 84)

A21 Bedrohung/Tötlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert (Ø-n)
nein	75 (n=135)	66,49 (n=129)	67,84 (n=154)	66,39 (n=158)	66,67 (n=120)	68,48 (n=139,2)
schwere Körperverletzung, Waffengebrauch o.ä.	0 (n=0)	0,52 (n=1)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,56 (n=1)	0,22 (n=0,4)
leichte Körperverletzung, Ohrfeigen o.ä.	10 (n=18)	16,49 (n=32)	18,06 (n=41)	10,92 (n=26)	20,56 (n=37)	15,21 (n=30,8)
nur Sachbeschädigung, einschließlich fremder Sachen	0,56 (n=1)	0,52 (n=1)	1,32 (n=3)	1,26 (n=3)	1,11 (n=2)	0,95 (n=2)
nur bedrohliches Verhalten ohne Tötlichkeiten	13,33 (n=24)	12,89 (n=25)	11,01 (n=25)	20,59 (n=49)	11,11 (n=20)	13,79 (n=28,6)
unbekannt/unklar	1,11 (n=2)	3,09 (n=6)	1,76 (n=4)	0,84 (n=2)	0 (n=0)	1,36 (n=2,8)

(Tab. 84 „A21 Bedrohung/Tötlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“)

3.4.16. Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts

Die differenzierte Betrachtung der während des stationären Aufenthalts zur Therapie dieser Patientengruppe herangezogenen Psychopharmaka ergab ein Überwiegen der Verwendung konventioneller vor allem niederpotenter Antipsychotika (25-39 %) sowie atypischer Antipsychotika (20-30 %). Auch Nootropika (bis 18 %), Antidepressiva (9-20 %) und sonstige Medikamente (bis 10 %) wurden häufiger genannt. Es folgten mit Benzodiazepinen, anderen Tranquilizern bzw. Hypnotika sowie nicht medikamentös unterstützte Therapien.

Die Zahl der Patientenfälle, in denen auf eine medikamentöse Dauertherapie verzichtet wurde, ging von 8,87 % im Jahr 1999 (n=180) auf 1,01 % im Jahr 2003 (n=180) zurück. Mit einem im Jahr 2002 (n=238) erreichten

Minimum von 25,81 % nahm ferner auch die Verwendung konventioneller Antipsychotika von 38,57 % 1999 auf 27,9 % 2003 ab, wohingegen atypische Antipsychotika mit 20,48 % 1999 bzw. 29,24 % 2003 - sowie einem im Jahr 2000 (n=194) durchlaufenen Maximum von 29,46 % - zunehmend Verwendung fanden. Im erfassten Zeitraum ließ sich ferner auch ein Anstieg der mit anderen Tranquilizern bzw. Hypnotika unterstützten Therapien von 1,02 % 1999 auf 7,57 % 2003 verzeichnen. Gleichzeitig nahm die Verordnung von Benzodiazepinen von 6,48 % 1999 bzw. 7,18 % 2000 auf 5,54 % 2003 ab. Von 0 % in den Jahren 1999 und 2000 auf 16,8 % im Jahr 2003 stieg hingegen die Zahl der verordneten Nootropika an, wobei 2002 ein Maximum von 17,77 % durchlaufen wurde. Auch die Verwendung anderer Antiepileptika nahm im erfassten Zeitraum von 0,34 % 1999 zunächst auf 1,49 % 2000 zu, fiel bis zum Jahr 2003 allerdings mit 0,5 % beinahe auf den Ausgangswert zurück. Mit 2,39 % 1999 bzw. 0,17 % 2003 war die Zahl der mit Carbamazepin therapierten Patienten hingegen rückläufig. Auf jeweils 0 % in den Jahren 2002 und 2003 ging ferner die Verordnung folgender Psychopharmaka zurück: Betablocker, Clomethiazol, Antiparkinsonmittel sowie sonstige Medikamente (von 7,17 % 1999 bzw. 9,41 % 2000). Die Zahl der zur Therapie herangezogenen Antidepressiva blieb, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (9,65 % 2000, 19,71 % 2001), insgesamt mit 11,26 % 1999 bzw. 11,27 % 2003 unverändert. Die übrigen Medikamente wurden nur vereinzelt angewandt, weshalb Veränderungen nicht festzustellen waren. (s. Tab. 85)

E4 Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
keine oder nur Bedarfsmedikation	8,87	3,22	2,94	1,39	1,01	3,49
Clozapin	0	0,5	0	0	0	0,1
andere atypische Antipsychotika	20,48	29,46	23,69	27,37	29,24	26,05
andere Antipsychotika	38,57	31,68	31,45	25,81	27,9	31,08
Antidepressiva	11,26	9,65	19,71	14,04	11,27	13,19
Benzodiazepine	6,48	7,18	5,87	5,87	5,54	6,19
andere Tranquilizer/Hypnotika	1,02	3,22	4,82	5,56	7,57	4,44
Lithium	0	0	0	0,15	0	0,03
Carbamazepin	2,39	1,73	0,21	0,93	0,17	1,09
andere Antiepileptika	0,34	1,49	0,84	1,08	0,5	0,85
Nootropika	0	0	5,87	17,77	16,8	8,09
Betablocker	0,34	0	1,05	0	0	0,28
Clomethiazol	1,37	0	0	0	0	0,27
Antiparkinsonmittel	1,71	1,98	0,42	0	0	0,82
sonstige	7,17	9,41	2,94	0	0	3,9
unbekannt/unklar	0	0,5	0,21	0	0	0,14

(Tab. 85 „E4 Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts“)

3.4.17. Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung

Hinsichtlich dieser Diagnosegruppe nach der Entlassung zur Weiterbehandlung empfohlener Psychopharmaka ergab sich Folgendes: Der Großteil der weiterführenden Therapien erfolgte mit konventionellen Antipsychotika

(18-41 %). Ebenfalls häufig war die Verordnung von atypischen Antipsychotika (20-30 %), Antidepressiva (9-20 %) sowie Nootropika (bis 25 %). Vergleichsweise höher lag ferner der Anteil folgender Psychopharmaka: Benzodiazepine, andere Tranquilizer bzw. Hypnotika sowie andere Medikamente aus dem psychiatrischen Bereich.

Auf eine psychopharmakologische Weiterbehandlung wurde in immerhin 3-9 % der Patientenfälle verzichtet, wobei hier allerdings ein Rückgang von 8,42 % 1999 (n=180) auf 3,14 % 2002 (n=238) bzw. 3,86 % 2003 (n=180) zu verzeichnen war. Rückläufig zeigte sich mit 40,66 % 1999 bzw. 18,6 % 2003 auch die Verwendung konventioneller Antipsychotika bei gleichzeitig mit 20,15 % 1999 bzw. 28,74 % 2003 und einem im Jahr 2000 (n=194) erreichten Höchstwert von 30,03 % steigender Verordnung atypischer Antipsychotika. Ebenfalls zunehmend war im erfassten Zeitraum mit 1,1 % 1999 bzw. 10,86 % 2003 die Verwendung anderer Tranquilizer bzw. Hypnotika zu beobachten. Die Zahl der verordneten Benzodiazepine zeigte sich hingegen rückläufig von 4,03 % 1999 bzw. 4,82 % 2000 auf 3,38 % 2003. Trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf einen Maximalwert von 19,91 % im Jahr 2001, ging auch die Zahl der mit Antidepressiva weitergeführten Therapien im Gesamtverlauf von 12,45 % 1999 auf 9,17 % 2003 zurück. Die Anwendung von Carbamazepin nahm ebenfalls von 1,83 % im Jahr 1999 auf 0,24 % im Jahr 2003 ab. Ferner ging die Zahl der Weiterbehandlungen mit anderen Medikamenten aus dem psychiatrischen Bereich von 8,42 % 1999 bzw. 9,92 % 2000 auf 0 % 2002 und 2003 zurück. Auf jeweils 0 % in den Jahren 2002 und 2003 ging auch die Verwendung von Medikamenten zur Substitutionsbehandlung, Betablockern und Antiparkinsonmitteln zurück. Ein Anstieg von 0 % in den Jahren 1999 und 2000 auf 24,4 % im Jahr 2003 ließ sich hingegen für die Zahl der verwendeten Nootropika verzeichnen. Auch die Verordnung anderer Antiepileptika nahm, mit einem im Jahr 2000 durchlaufenen Höchstwert von 1,7 %, leicht von 0,37 % 1999 auf 0,72 % 2003 zu. Anderweitige größere Schwankungen waren nicht zu beobachten. (s. Tab. 86)

E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
kein Medikament aus psychiatr. Medik.	8,42	5,38	4,86	3,14	3,86	5,13
andere atypische Antipsychotika	20,15	30,03	21,53	25,49	28,74	25,19
andere Antipsychotika	40,66	31,16	31,94	22,94	18,6	29,06
Antidepressiva	12,45	9,63	19,91	15,11	9,17	13,25
Benzodiazepine	4,03	4,82	3,94	3,34	3,38	3,9
andere Tranquilizer/Hypnotika	1,1	3,12	5,09	5,89	10,86	5,21
Lithium	0	0	0	0,2	0	0,04
Carbamazepin	1,83	1,7	0,46	1,18	0,24	1,08
andere Antiepileptika	0,37	1,7	0,69	1,37	0,72	0,97
Nootropika	0	0	6,02	21,37	24,4	10,36
Substitutionsbehandlung	0,37	0	0	0	0	0,07
Betablocker	0,37	0	1,85	0	0	0,44
Antiparkinsonmittel	1,47	2,27	0,23	0	0	0,79

E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
andere Medikamente aus psych. Medik.	8,42	9,92	3,24	0	0	4,32
unbekannt/unklar	0,37	0,28	0,23	0	0	0,18

(Tab. 86 „E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung“)

3.4.18. Probleme bei der Psychopharmakotherapie

In Bezug auf eventuell bei der Psychopharmakotherapie aufgetretene Probleme ließ sich für den überwiegenden Teil der Patienten dieser Diagnosegruppe ein problemloser Verlauf feststellen. Hier war allerdings, trotz eines im Jahr 2001 (n=227) erreichten Höchstwerts von 75,86 %, ein Rückgang von 74,18 % 1999 (n=180) auf 65,56 % 2003 (n=180) zu verzeichnen. Auch der Anteil nicht medikamentös unterstützter Therapien nahm im erfassten Zeitraum von 15,93 % 1999 auf 2,94 % 2002 (n=238) bzw. 3,33 % 2003 ab. Nach einem anfänglichen Anstieg von 2,75 % 1999 auf 11,22 % 2000 (n=194), ging die Zahl der beobachteten Therapieresistenzen in den Jahren 2002 und 2003 auf 0 % zurück. Auf jeweils 0 % 2002 und 2003 nahmen ferner Fälle von erheblichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (2,75 % 1999) sowie von mangelnder Patient compliance (4,4 % 1999) ab. Ein Anstieg zeigte sich hingegen mit 0 % 1999 und 2000 bzw. 31,93 % 2002 (n=238) und 31,11 % 2003 für den Anteil nicht erfolgter Eingaben zu dieser Fragestellung. Unbekannte bzw. unklare Nennungen fielen nach einem anfänglichen Anstieg von 0 % 1999 auf 1,29 % 2001 in den Jahren 2002 und 2003 erneut auf 0 % ab. (s. Tab. 87)

E5 Probleme bei der Psychopharmakotherapie (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
entfällt (keine Medikamente)	15,93	7,14	5,17	2,94	3,33	6,9
keine besonderen Probleme	74,18	74,49	75,86	65,13	65,56	71,04
Therapieresistenz/ mangelnde Wirkung	2,75	11,22	3,02	0	0	3,4
erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen	2,75	3,06	2,16	0	0	1,59
mangelnde Compliance des Patienten	4,4	3,06	1,72	0	0	1,84
sonstige	0	1,02	1,29	0	0	0,46
keine Eingabe	0	0	10,78	31,93	31,11	14,76

(Tab. 87 „E5 Probleme bei der Psychopharmakotherapie“)

Die seit dem zweiten Halbjahr 2001 in den BADO-Bogen integrierte differenziertere Frage nach während des Aufenthalts beobachteten unerwünschten Arzneimittelwirkungen ergab für diese Diagnosegruppe hauptsächlich Probleme im Sinne nicht ausreichender Wirkung (13-17 %), quantitativer Bewusstseinsstörung (4-7 %), Unruhe bzw. Erregungszustand (1-7 %) sowie schwerem Parkinsonsyndrom (1-4 %).

Die Nennung sonstiger Probleme war mit bis zu 2 % selten zu beobachten, wohingegen der Anteil nicht erfolgter Eingaben hoch war und zudem von 68,07 % 2002 (n=238) auf 69,44 % 2003 (n=180) anstieg. Die Betrachtung der absoluten Zahlen ließ hingegen einen Rückgang von 162 unterlassenen Eingaben im Jahr 2002 auf 125 im Jahr 2003 erkennen.

Auch Fälle von nicht ausreichender Wirkung wurden mit 13,45 % 2002 bzw. 16,11 % 2003 zunehmend häufig beobachtet, die tatsächlichen Patientenzahlen nahmen hingegen von 32 auf 29 ab. Von 4,62 % (11 Fälle) im Jahr 2002 auf 6,67 % (12 Fälle) im Jahr 2003 stieg ferner der Anteil quantitativer Bewusstseinsstörungen an. Rückläufig waren hingegen die Werte für Unruhe bzw. Erregungszustand mit 6,72 % (16 Fälle) 2002 bzw. 1,11 % (2 Fälle) 2003 sowie für schweres Parkinsonsyndrom mit 3,36 % (8 Fälle) 2002 bzw. 1,67 % (3 Fälle) 2003. Anderweitige größere Schwankungen waren im erfassten Zeitraum nicht zu beobachten. (s. Tab. 88)

UAW (%)	2002 N (n=238)	2002%	2003 N (n=180)	2003%	Ø-N	Ø-Wert
Akathisie u. Frühdyskinesien	1	0,42	1	0,56	1	0,49
Grand-Mal-Anfall	2	0,84	0	0	1	0,42
Hypertonie	0	0	1	0,56	0,5	0,28
mal. neurolept. Syndrom	2	0,84	0	0	1	0,42
nicht ausreichende Wirkung	32	13,45	29	16,11	30,5	14,78
orth. Kollaps	2	0,84	2	1,11	2	0,98
paran.-hall. Syndrom	0	0	1	0,56	0,5	0,28
Parkinsonsyndrom schwer	8	3,36	3	1,67	5,5	2,52
QT-Verlängerung	1	0,42	1	0,56	1	0,49
quant. Bewusstseinsstörung	11	4,62	12	6,67	11,5	5,65
Ödeme	0	0	1	0,56	0,5	0,28
Unruhe/Erregungszustand	16	6,72	2	1,11	9	3,92
sonstige	1	0,42	2	1,11	1,5	0,77
keine Eingabe	162	68,07	125	69,44	143,5	68,76

(Tab. 88 „UAW“)

3.4.19. Suizidversuch/Suizid während des stationären Aufenthalts

Im hier erfassten Zeitraum verübte keiner der dieser Diagnosegruppe angehörenden Patienten einen Suizidversuch. (s. Tab. 89)

E11 Suizidversuch während des stationären Aufenthalts (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert (Ø-n)
keiner	100 (n=180)	100 (n=194)	100 (n=227)	100 (n=238)	100 (n=180)	100 (n=203,8)

(Tab. 89 „E11 Suizidversuch während des stationären Aufenthalts“)

3.4.20. Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts

Der überwiegende Teil der Patienten dieser Diagnosegruppe (70-87 %) wurde während des stationären Aufenthalts nicht durch Bedrohungen bzw. Tätlichkeiten auffällig. Vergleichsweise hoch lag allerdings der Anteil leichter Körperverletzungen (8-14 %) sowie bedrohlichen Verhaltens ohne Tätlichkeiten (4-18 %). Sachbeschädigungen eigener sowie fremder Gegenstände wurden bei weniger als 1 % der Patienten bzw. in bis zu 2 Fällen jährlich beobachtet. Im erfassten Zeitraum wurde kein Patient dieser Gruppe durch schwere Körperverletzungen oder Sachbeschädigungen nur eigener Gegenstände auffällig.

Der Anteil negativer Eingaben zu dieser Fragestellung ging von 86,11 % (155 Fälle) im Jahr 1999 (n=180) auf 70 % (126 Fälle) im Jahr 2003 (n=180) zurück. Die tatsächlichen Fallzahlen nahmen zwischenzeitlich allerdings auf 177 im Jahr 2002 zu. Ein Anstieg von 8,89 % (16 Fälle) 1999 auf 12,78 % (23 Fälle) 2003 ließ sich hingegen für die Zahl leichter Körperverletzungen verzeichnen, wobei hier im Jahr 2000 (n=194) ein Höchstwert von 13,92 % (27 Fälle) erreicht wurde. Zahlenmäßig wurde für das Jahr 2001 (n=227) ein mit 28 Fällen noch höherer Wert erreicht. Ferner wurde bedrohliches Verhalten ohne Tätlichkeiten mit 4,44 % (8 Fälle) im Jahr 1999 bzw. 17,22 % (31 Fälle) im Jahr 2003 zunehmend beobachtet, wobei bei Betrachtung der Absolutzahlen ein zusätzlicher Höchstwert von 33 Fällen für das Jahr 2002 (n=238) zu verzeichnen war. Die restlichen Werte blieben im Verlauf der genannten Jahre relativ konstant. (s. Tab. 90)

E12 Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert (Ø-n)
keine	86,11 (n=155)	79,38 (n=154)	74,45 (n=169)	74,37 (n=177)	70 (n=126)	76,86 (n=156,2)
leichte Körperverletzung, Ohrfeigen o.ä.	8,89 (n=16)	13,92 (n=27)	12,33 (n=28)	10,92 (n=26)	12,78 (n=23)	11,77 (n=24)
nur Sachbeschädigung, einschließlich fremder Sachen	0,56 (n=1)	0 (n=0)	0,88 (n=2)	0,84 (n=2)	0 (n=0)	0,46 (n=1)
nur bedrohliches Verhalten ohne Tätlichkeiten	4,44 (n=8)	6,19 (n=12)	11,45 (n=26)	13,87 (n=33)	17,22 (n=31)	10,63 (n=22)
unbekannt/unklar	0 (n=0)	0,52 (n=1)	0,88 (n=2)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,28 (n=0,6)

(Tab. 90 „E12 Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts“)

3.4.21. Fixierungen

Hinsichtlich während des stationären Aufenthalts erfolgter Fixierungen zeigte sich, dass derartige Maßnahmen bei dem überwiegenden Teil der Patienten dieser Diagnosegruppe (62-78 %) nicht erfolgten. Verhältnismäßig hoch lag allerdings auch der Anteil mehrmals fixierter Patienten (17-34 %).

Einmalige Fixierungen waren seltener zu beobachten und verhielten sich im erfassten Zeitraum zudem mit 3,89 % (7 Fälle) 1999 (n=180) bzw. 1,67 % (3 Fälle) 2003 (n=180) rückläufig. Ein Rückgang von 77,78 % (140 Fälle) 1999 auf 65,56 % (118 Fälle) 2003 ließ sich ferner für Fälle, in denen nicht zu diesen Maßnahmen gegriffen wurde, verzeichnen, wobei hier im Jahr 2000 (n=194) ein prozentualer Tiefwert von 62,89 % erreicht

wurde. Im Bereich der Absolutzahlen zeigte sich hingegen eine passagere Zunahme auf 170 Fälle 2002. Nach einem zwischenzeitlichen Anstieg von 1,11 % (2 Fälle) 1999 auf 2,2 % (5 Fälle) 2001 (n=227) fiel der Anteil unbekannter bzw. unklarer Nennungen zu dieser Fragestellung in den Jahren 2002 (n=238) und 2003 auf 0 % ab. Ein Anstieg von 17,22 % (31 Fälle) 1999 auf 32,78 % (59 Fälle) 2003 ließ sich hingegen, mit einem im Jahr 2000 erreichten prozentualen Höchstwert von 33,51 %, für die Zahl mehrmaliger Fixierungen verzeichnen. Die maximale Fallzahl wurde demgegenüber mit 68 im Jahr 2001 erreicht. (s. Tab. 91)

E14 Fixierungen (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert (Ø-n)
keine	77,78 (n=140)	62,89 (n=122)	64,76 (n=147)	71,43 (n=170)	65,56 (n=118)	68,48 (n=139,4)
einmal	3,89 (n=7)	3,09 (n=6)	3,08 (n=7)	2,52 (n=6)	1,67 (n=3)	2,85 (n=5,8)
mehrmals	17,22 (n=31)	33,51 (n=65)	29,96 (n=68)	26,05 (n=62)	32,78 (n=59)	27,9 (n=57)
unbekannt/unklar	1,11 (n=2)	0,52 (n=1)	2,2 (n=5)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,77 (n=1,6)

(Tab. 91 „E14 Fixierungen)

3.4.22. Verweildauer nach Gruppen

Bei differenzierter Betrachtung der dieser Diagnosegruppe angehörenden Patienten hinsichtlich ihrer stationären Verweildauer ergab sich folgendes Bild: Stationäre Aufenthalte von 1-3 Monaten Dauer überwogen mit 27-44 %. Anteilmäßig folgten 21-31 Tage (20-29 %), 14-21 Tage (11-20 %), 7-14 Tage (6-15 %) sowie 2-7 Tage (5-9 %) stationär verbliebene Patienten. Kürzere bzw. längere Verweildauern ließen sich seltener beobachten, wobei solche von 6-12 Monaten Dauer in dieser Gruppe nur für das Jahr 2003 (n=180) mit geringer Anzahl (0,56 %) erfasst wurden.

Im erfassten Zeitraum nahm die Zahl 1-3 Monate dauernder Aufenthalte von 43,33 % 1999 (n=180) auf 38,33 % 2003 ab, wobei im Jahr 2001 (n=227) ein Minimum von 27,75 % erreicht wurde. Trotz eines zwischenzeitlichen Höchstwerts von 5,73 % im Jahr 2001 war der Anteil weniger als 2 Tage stationär verbliebener Patienten mit 5,56 % 1999 bzw. 1,67 % 2003 im Gesamtverlauf ebenfalls rückläufig. Ferner ließ sich ein Rückgang der Aufenthalte von 2-7 Tagen Dauer von 8,89 % im Jahr 1999 auf 5,56 % im Jahr 2003 beobachten. Ein Anstieg von 6,67 % 1999 auf 10 % 2003 zeigte sich hingegen im Bereich der 7-14 Tage dauernden Aufenthalte, wobei im Jahr 2000 (n=194) ein Maximalwert von 14,43 % zu verzeichnen war. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 11,11 % 1999 bzw. 15 % 2003, bei einem Höchstwert von 19,82 % im Jahr 2001, für den Anteil der 14-21 Tage stationär verbliebenen Patienten beobachten. Auch die Zahl 21-31 Tage dauernder Aufenthalte nahm im erfassten Zeitraum von 21,11 % 1999 auf 24,44 % 2003 zu, wobei im Jahr 2001 ein Maximalwert von 28,2 % durchlaufen wurde. Trotz eines anfänglichen Rückgangs auf 0,44 % im Jahr 2001 stieg ferner der Anteil 3-6 Monate stationär Verbliebener insgesamt von 3,33 % 1999 auf 4,44 % 2003 an. (s. Tab. 92)

Verweildauer nach Gruppen (%)	1999 (n=180)	2000 (n=194)	2001 (n=227)	2002 (n=238)	2003 (n=180)	Ø-Wert
bis 2 Tage	5,56	3,09	5,73	2,94	1,67	3,8
2 - 7 Tage	8,89	7,22	5,73	8,4	5,56	7,16
7 – 14 Tage	6,67	14,43	12,33	11,34	10	10,95
14 - 21 Tage	11,11	14,43	19,82	16,81	15	15,43
21 - 31 Tage	21,11	24,23	28,2	20,59	24,44	23,71
1 - 3 Monate	43,33	36,08	27,75	37,82	38,33	36,66
3 - 6 Monate	3,33	0,52	0,44	2,1	4,44	2,17
6 – 12 Monate	0	0	0	0	0,56	0,11

(Tab. 92 „Verweildauer nach Gruppen“)

3.5. Patienten mit Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10-Gruppen F10-19)

3.5.1. ICD-10-Gruppe - Diagnosen F10-19

Hinsichtlich der anteilmäßigen Verteilung der Patienten auf die einzelnen Untergruppen innerhalb der Diagnosegruppe F1 ergab sich ein deutliches Überwiegen der an Störungen durch Alkohol (ICD-10 F10) leidenden Patienten. Vergleichsweise häufig waren ferner Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (ICD-10 F19) sowie durch Opioide (ICD-10 F11), gefolgt von Störungen durch Sedativa und Hypnotika (ICD-10 F13).

Im hier erfassten Zeitraum gingen die Patientenzahlen aus der Gruppe F10 von 93,3 % 1999 (n=1119) auf 64,8 % 2003 (n=2173) zurück. Auch die Werte für Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (ICD-10 F18) waren mit 0,71 % 1999 bzw. 0 % seit dem Jahr 2001 rückläufig. Die Zahl der Patienten aus der Gruppe F11 stieg hingegen von 0,71 % 1999 auf 14,36 % 2003 an. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich, bei einem im Jahr 2001 (n=2030) erreichten Maximum von 22,12 %, mit 3,75 % 1999 bzw. 18,55 % 2003 für den Anteil der Diagnosegruppe F19 verzeichnen. Trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 0,64 % im Jahr 2002 (n=2193) stieg die Zahl der Patienten mit der Diagnose F13 ebenfalls leicht von 1,25 % 1999 auf 1,56 % 2003 an. Auch die Diagnose F12 wurde mit 0,09 % 1999 bzw. 0,46 % 2003 mit etwas zunehmender Häufigkeit gestellt. Die restlichen Diagnoseuntergruppen waren nur vereinzelt und mit relativ konstanten Werten vertreten. (s. Tab. 93)

ICD-10-Gruppe (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
F10	93,3	82,11	65,12	66,35	64,8	76,34
F11	0,71	6,15	11,13	11,67	14,36	8,8
F12	0,09	0,07	0,15	0,27	0,46	0,21
F13	1,25	1,2	1,28	0,64	1,56	1,19
F14	0	0	0,1	0,05	0,09	0,05

ICD-10-Gruppe (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
F15	0,18	0,14	0,05	0,14	0,05	0,11
F16	0	0	0,05	0	0,14	0,04
F17	0	0	0	0,05	0	0,01
F18	0,71	0,07	0	0	0	0,16
F19	3,75	10,25	22,12	20,84	18,55	15,1

(Tab. 93 „ICD-10 Gruppe“)

3.5.2. „Aufnahmegrund“/Rechtsgrundlage

Die Differenzierung der bei dieser Diagnosegruppe zur Aufnahme führenden Rechtsgrundlage ließ ein deutliches Überwiegen freiwillig erschiebener Patienten erkennen, wobei gänzlich freiwillige Aufnahmen (78-87 %) häufiger als solche bei Betreuung (5-9 %) waren. Vergleichsweise häufiger waren ferner auch Aufnahmen basierend auf Art. 9 UbG und § 70 FGG (vorläufige Unterbringung) bzw. Art 10/2 UbG („Polizeibericht“ hier bestätigt) bzw. Art. 10/1 UbG (Beschluss der Kreisverwaltungsbehörde) bzw. Unterbringungsgesetzen anderer Länder zu beobachten.

Für diese Rechtsgrundlage ließ sich im erfassten Zeitraum allerdings ein Rückgang von 10,81 % 1999 (n=1119) auf 5,61 % 2003 (n=2173) verzeichnen. Die Zahl der auf der Basis von Art. 10/4 UbG (Leiter der Einrichtung) weiterbehandelten Patienten blieb im Verlauf der genannten Jahre hingegen mit 0 % 1999 bzw. 0,05 % 2003, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 0,29 % im Jahr 2001 (n=2030), relativ unverändert. Zunehmend häufig ließen sich mit 78,46 % 1999 bzw. 86,1 % 2003 hingegen freiwillige Aufnahmen beobachten. Ein Rückgang von 8,31 % 1999 auf 6,63 % 2003 war demgegenüber für die Zahl freiwillig bei Betreuung aufgenommener Patienten zu verzeichnen, wobei im Jahr 2001 ein Tiefwert von 5,67 % erreicht wurde. Auch der Anteil freiwillig nach Polizeieinweisung bzw. im Sinne einer Notaufnahme erfolgter Aufnahmen nahm, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (1,62 % 2000 (n=1414), 0,59 % 2001), im Gesamtverlauf von 1,34 % 1999 auf 0,65 % 2003 ab. Die übrigen Werte blieben im erfassten Zeitraum relativ stabil. (s. Tab. 94)

A1 „Aufnahmegrund“/ Rechtsgrundlage (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
freiwillig	78,46	82,46	85,02	85,09	86,1	83,43
freiwillig bei Betreuung	8,31	6,08	5,67	5,88	6,63	6,51
Freiwillig nach Polizeieinweisung bzw. "Notaufnahme" (Beschluss gem. §§ 1846, 1906 BGB angeregt)	1,34	1,62	0,59	0,91	0,65	1,02
Beschluss nach §§ 1906, 1846 BGB beantragt bzw. liegt vor	0,63	0,21	0,49	0,5	0,55	0,48
Art. 9 UbG und § 70 FGG bzw. Art. 10/2 UbG bzw. Art. 10/1 UbG bzw. UbG anderer Länder	10,81	9,13	7,79	7,12	5,61	8,09

A1 „Aufnahmegrund“/ Rechtsgrundlage (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
Art. 10/4 UbG (Leiter der Einrichtung)	0	0,28	0,29	0,18	0,05	0,16
sonstiges = Beschl. nach § 1631b (Kind), Minderjährige m. Zust. der Eltern, §§ 81,83 StPO bzw. § 126 a StPO bzw. UVollzO / StPO bzw. §68b, Abs.4 FGG bzw. § 63 StGB	0,45	0,21	0,15	0,33	0,41	0,31

(Tab. 94 „A1 „Aufnahmegrund“/Rechtsgrundlage“)

3.5.3. Ärztliche Einweisung/Empfehlung

In Bezug auf die Art der zur Aufnahme führenden ärztlichen Einweisungen bzw. Empfehlungen ließ sich feststellen, dass der Anteil derartiger Empfehlungen durch Ärzte aus dem ambulanten denjenigen aus dem stationären Bereich übertraf. Über die Hälfte der dieser Diagnosegruppe angehörenden Patienten (51-67 %) stellte sich ohne vorherige ärztliche Einweisung zur stationären Aufnahme vor. Anteilmäßig folgten Einweisungen seitens Praktischer, Allgemein- oder sonstiger Ärzte, des Notarztes bzw. ärztlicher Notdienste sowie der eigenen Ambulanz. Aus dem stationären Bereich erfolgte der Großteil der Einweisungen durch das Zentralklinikum.

Vergleichsweise selten waren Einweisungen bzw. Empfehlungen seitens niedergelassener Psychiater, Nervenärzte oder Psychotherapeuten zu beobachten, wobei ferner ein Rückgang von 3 % 1999 (n=1119) auf 1,65 % 2003 (n=2173) zu verzeichnen war. Im erfassten Zeitraum stieg die Zahl der ohne ärztliche Einweisung aufgenommenen Patienten hingegen von 51,28 % im Jahr 1999 auf 66,9 % im Jahr 2003 an. Ein Rückgang von 16,59 % 1999 auf 8,77 % 2003 ließ sich demgegenüber, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 17,81 % im Jahr 2001 (n=2030), für die Zahl der durch Praktische, Allgemein- oder sonstige Ärzte eingewiesenen Patienten verzeichnen. Von 12,97 % im Jahr 1999 auf 4,68 % im Jahr 2003 nahm auch der Anteil durch Notärzte bzw. ärztliche Notdienste veranlasster Einweisungen ab. Ferner gingen auch Empfehlungen seitens sozialpsychiatrischer Dienste und Ärzten anderer öffentlicher Stellen, trotz eines anfänglichen Anstiegs auf 1,12 % im Jahr 2000 (n=1414), leicht von 0,79 % 1999 auf 0,42 % 2003 zurück. Abgesehen von einer anfänglichen Zunahme auf bis zu 8,5 % im Jahr 2002 (n=2193) blieb die Zahl der durch die eigene Ambulanz angeregten Aufnahmen im Gesamtverlauf mit 4,41 % 1999 bzw. 4,59 % 2003 relativ konstant.

Bezüglich ärztlicher Einweisungen aus dem stationären Bereich ließ sich für den Anteil der seitens des Zentralklinikums eingewiesenen Patienten ein Anstieg von 8,3 % 1999 auf 9,14 % 2003 beobachten, wobei im Jahr 2001 ein Maximum von 9,77 % erreicht wurde. Auch Einweisungen durch die eigene Klinik nahmen sowohl aus dem vollstationären (0,26 % 1999 bzw. 1,56 % 2003) als auch aus dem Bereich der Tagklinik (0,18 % 1999 bzw. 1,06 % 2003 bei einem Maximum von 1,57 % 2001) leicht zu. Einweisungen bzw. Empfehlungen aus nicht-psychiatrischen Krankenhäusern gingen hingegen von 1,15 % 1999 auf 0,5 % 2002 bzw. 0,83 % 2003 zurück. Ebenfalls rückläufig waren mit 0,35 % 1999 bzw. 0 % 2002 und 2003 unterlassene Eingaben zu dieser Fragestellung. Anderweitige größere Schwankungen der Werte ließen sich im erfassten Zeitraum nicht feststellen. (s. Tab. 95)

A2 Ärztliche Einweisung/Empfehlung (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
aus dem ambulanten Bereich:						
ohne ärztliche Einweisung	51,28	55,8	54,49	61,29	66,9	57,95
Praktischer Arzt, Allgemeinarzt, sonstiger Arzt	16,59	16,2	17,81	11	8,77	14,07
niedergel. Psychiater/Psychotherapeut	3	2,16	2,01	1,59	1,65	2,08
eigene Ambulanz	4,41	4,61	5,6	8,5	4,59	5,54
andere psychiatr./nicht psychiatr. Ambulanz	0,35	0,14	0,35	0,37	0,09	0,26
Notarzt/ärztlicher Notdienst	12,97	7,47	4,52	4,82	4,68	6,89
sozialpsychiatrischer Dienst, GA, Arzt anderer öffentlicher Stellen	0,79	1,12	0,15	0,68	0,42	0,63
aus dem stationären Bereich:						
psychiatrische Tagklinik/Nachtklinik	0	0,07	0,54	0,05	0,09	0,15
andere psychiatr. Klinik, BKH Kaufbeuren bzw. BKH Günzburg	0,18	0,7	0,54	0,14	0,1	0,33
eigene Klinik (vollstationär)	0,26	0,91	1,52	0,73	1,56	1
eigene Klinik – Tagklinik	0,18	0,21	1,57	1,09	1,06	0,82
Zentralklinikum	8,3	9,01	9,77	9,13	9,14	9,07
psychosomat./psychotherapeut. Klinik bzw. stationäre Einrichtung für Suchtkranke	0,18	0,07	0,15	0,14	0,14	0,14
nicht-psychiatrisches Krankenhaus	1,15	1,05	0,74	0,5	0,83	0,85
keine Eingabe	0,35	0,49	0,24	0	0	0,22

(Tab. 95 „A2 Ärztliche Einweisung/Empfehlung“)

3.5.4. Wohnsituation vor Aufnahme

Die Betrachtung der vor der Aufnahme bei dieser Patientengruppe bestehenden Wohnsituation zeigte ein deutliches Überwiegen in Privatwohnungen bzw. Wohngemeinschaften lebender Patienten (89-93%).

Vergleichsweise höhere Werte ließen sich ferner für Patienten ohne festen Wohnsitz verzeichnen, wobei hier ein Anstieg von 3,75 % im Jahr 1999 (n=1119) auf 6,67 % im Jahr 2003 (n=2173) zu beobachten war. Die Zahl der in Privatwohnungen Lebenden nahm hingegen mit 92,24 % 1999 bzw. 89,74 % 2003 im erfassten Zeitraum ab. Auch die Angabe sonstiger Wohnsituationen ging von 1,17 % 1999 auf 0,37 % 2002 (n=2193) bzw. 0,51 % 2003 zurück. Eine leichte Zunahme von 0,62 % 1999 auf 1,1 % 2003 zeigte sich hingegen für die Zahl in therapeutischen Heimen lebender Patienten, wobei hier im Jahr 2000 (n=1414) ein Maximalwert von 1,56 % erreicht wurde. Trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 1,13 % im Jahr 2001 (n=2030) blieb die Zahl der in betreutem Einzelwohnen bzw. Wohngruppen Lebenden mit 0,89 % 1999 bzw. 0,78 % 2003 vergleichsweise konstant. Die übrigen Werte blieben über den hier erfassten Zeitraum relativ stabil. (s. Tab. 96)

A4 Wohnsituation vor Aufnahme (1.Wohnsitz) (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
Privatwohnung, auch WG	92,24	92,5	91,04	91,29	89,74	91,36
betreutes Einzelwohnen / Wohngruppe	0,89	0,92	1,13	0,5	0,78	0,84
therapeutisches/psych. Heim, gerontopsych. Heim etc.	0,62	1,56	1,28	1	1,1	1,11
Altenheim, -wohnheim, -pflegeheim	0,36	0,35	0,29	0,09	0,32	0,28
sonstiges nicht-therapeut. Heim	0,98	0,42	0,59	0,73	0,87	0,72
ohne festen Wohnsitz	3,75	3,18	4,82	6,02	6,67	4,89
sonstige	1,17	1,06	0,84	0,37	0,51	0,79

(Tab. 96 „Wohnsituation vor Aufnahme (1. Wohnsitz)“)

3.5.5. Lebt zusammen mit

Die differenziertere Betrachtung der im Vorfeld aktuellen Wohnsituation hinsichtlich eventueller Lebenspartner bei dieser Diagnosegruppe angehörenden Patienten führte zu folgendem Ergebnis: Etwa 32-43 % der Patienten lebten allein in Privatwohnungen, gefolgt von mit dem (Ehe-)Partner Zusammenlebenden (28-33 %). Verhältnismäßig höher waren ferner die Werte für bei den Kindern (9-14 %) oder Eltern (4-12 %) Wohnhaften. Anteilmäßig folgten Patienten ohne festen Wohnsitz (2-6 %), in Institutionen oder betreut sowie bei Bekannten (jeweils 1-3 %) wohnende Patienten.

Im erfassten Zeitraum ging der Anteil der allein Lebenden von 43,08 % im Jahr 1999 (n=1119) auf 32,82 % im Jahr 2003 (n=2173) zurück. Von 12,48 % 1999 bzw. 13,99 % 2000 (n=1414) auf 9,52 % 2003 nahm ferner auch die Zahl bei den Kindern Wohnhafter ab. Ein Anstieg von 3,34 % 1999 auf 5,75 % 2003 ließ sich hingegen für den Anteil der Patienten ohne festen Wohnsitz verzeichnen. Mit 30,6 % 1999 bzw. 32,45 % 2003 nahm ferner, trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 28,42 % im Jahr 2001 (n=2030), die Zahl der mit dem (Ehe-)Partner zusammenlebenden Patienten zu. Auch der Anteil bei den Eltern Lebender stieg im erfassten Zeitraum von 4,77 % 1999 auf 11,18 % 2003 an. Ähnlich verhielten sich, trotz eines im Jahr 2002 (n=2193) erreichten Tiefwerts von 1,76 %, mit 2,15 % 1999 bzw. 2,69 % 2003 die Werte für in Institutionen bzw. betreut wohnende Patienten. Von 0,48 % 1999 auf 2 % 2002 bzw. 1,9 % 2003 nahm ferner die Zahl der mit den Geschwistern zusammenlebenden Patienten zu. Ähnlich verhielten sich mit 1,35 % 1999 bzw. 2,07 % 2003 sowie einem Höchstwert von 2,48 % im Jahr 2002 die Werte für bei Bekannten Wohnhafte. Sonstige Wohnsituationen hingegen nahmen anteilmäßig, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 1,87 % im Jahr 2001, von 1,12 % 1999 auf 0,62 % 2003 ab. Anderweitige dynamische Veränderungen der Werte waren nicht zu verzeichnen. (s. Tab. 97)

A5 Lebt zusammen mit (vor Aufnahme) (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
allein in Privatwohnung	43,08	37,15	36,29	34,05	32,82	36,68
in Institution oder betreutem Wohnen	2,15	2,64	2,52	1,76	2,69	2,35
Eltern(teil)	4,77	9,78	10,4	9,94	11,18	9,21
(Ehe-)Partner	30,6	29,23	28,42	30,1	32,45	30,16

A5 Lebt zusammen mit (vor Aufnahme) (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
Kind(ern)	12,48	13,99	11,53	12,26	9,52	11,96
Schwester/Bruder	0,48	0,9	1,7	2	1,9	1,4
anderen Verwandten	0,64	1,02	1	0,8	0,99	0,89
Bekannten, Wohngemeinschaft o.ä.	1,35	1,62	2,26	2,48	2,07	1,96
ohne festen Wohnsitz	3,34	2,7	4	5,31	5,75	4,22
sonstige	1,12	0,96	1,87	1,32	0,62	1,18

(Tab. 97 „A5 Lebt zusammen mit (vor Aufnahme)“)

3.5.6. Höchster erreichter Schulabschluss

Hinsichtlich des höchsten von Patienten dieser Diagnosegruppe erworbenen Schulabschlusses zeigte sich, dass der Großteil (42-63 %) der Patienten über einen Hauptschulabschluss verfügte, wobei hier diejenigen ohne Qualifizierenden Abschluss häufiger zu beobachten waren. Anteilmäßig folgten Patienten mit (Fach-)Abitur (9-15 %) sowie mittlerer Reife bzw. an einer polytechnischen Oberschule erworbenem Abschluss (7-14 %). 4-6% der Patienten hatten keinen Schulabschluss, die Sonderschule hatten hingegen nur etwa 2 % der Patienten besucht.

Auffällig war ferner der relativ hohe Anteil unbekannter bzw. unklarer Nennungen zu dieser Frage, der allerdings - nach einem anfänglichen Anstieg auf 29,99 % im Jahr 2000 (n=1414) - im Gesamtverlauf von 20,82 % 1999 (n=1119) auf 8,74 % 2003 (n=2173) zurückging. Ebenfalls rückläufig zeigte sich, bei einem im Jahr 2001 (n=2030) erreichten Tiefwert von 9,51 %, mit 14,83 % 1999 bzw. 9,76 % 2003 die Zahl der Patienten mit (Fach-)Abitur. Auch die Werte für Patienten ohne Schulabschluss gingen von 5,45 % 1999 auf 4,05 % 2003 zurück. Von 2,59 % 1999 auf 1,84 % 2003 nahm ferner die Zahl der an der Sonderschule erworbenen Abschlüsse ab. Unterlassene Eingaben waren mit 0,71 % 1999 bzw. 0,09 % 2003 im erfassten Zeitraum ebenfalls zunehmend seltener zu beobachten. Ein Anstieg von 31,64 % 1999 auf 44,36 % 2003 ließ sich hingegen, trotz eines anfänglichen Rückgangs auf 27,02 % im Jahr 2000, für den Anteil der ohne Qualifizierenden Abschluss erworbenen Hauptschulabschlüsse verzeichnen. Auch die Zahl der Hauptschulabschlüsse mit Qualifizierendem Abschluss nahm im erfassten Zeitraum von 12,78 % im Jahr 1999 auf 18,22 % im Jahr 2003 zu, wobei 2002 (n=2193) ein Maximum von 20,2 % durchlaufen wurde. Mit 11,17 % 1999 bzw. 12,93 % 2003 stieg der Anteil der Patienten mit mittlerer Reife im Gesamtverlauf ebenfalls, trotz eines anfänglichen Rückgangs auf 7,5 % im Jahr 2000, an. (s. Tab. 98)

A6 Höchster erreichter Schulabschluss (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
kein Abschluss	5,45	4,81	4,58	4,74	4,05	4,73
Sonderschulabschluss	2,59	2,12	2,02	1,82	1,84	2,08
Hauptschulabschluss ohne Qualifizierenden Abschluss	31,64	27,02	38,42	41,22	44,36	36,53
Hauptschulabschluss mit Qualifizierendem Abschluss	12,78	15,06	18,28	20,2	18,22	16,91

A6 Höchster erreichter Schulabschluss (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
Mittlere Reife/Polytechn. Oberschule	11,17	7,5	13,35	11,67	12,93	11,32
(Fach-)Abitur	14,83	13,15	9,51	10,31	9,76	11,51
unbekannt/unklar	20,82	29,99	13,55	10,03	8,74	16,63
keine Eingabe	0,71	0,35	0,29	0	0,09	0,29

(Tab. 98 „A6 Höchster erreichter Schulabschluss“)

3.5.7. Jetzige berufliche Situation

Bezüglich der bei der Aufnahme aktuellen beruflichen Situation ließ sich Folgendes feststellen: Ein großer Teil der Patienten dieser Diagnosegruppe war zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme arbeitslos gemeldet (33-47 %). Anteilmäßig folgten in Vollzeittätigkeiten Berufstätige (13-28 %). Vergleichsweise höhere Werte lagen ferner für Sozialhilfeempfänger, EU-/BU- bzw. Frührentner sowie für Patienten, die anderweitig ohne berufliche Beschäftigung waren vor.

Im hier erfassten Zeitraum ließ sich ein Anstieg der arbeitslosen Mitglieder dieser Diagnosegruppe von 33,69 % im Jahr 1999 (n=1119) auf 46,3 % im Jahr 2003 (n=2173) verzeichnen. Eine ähnliche Entwicklung war mit 8,13 % 1999 bzw. 15,69 % 2003 im Bereich der Sozialhilfeempfänger zu beobachten. Die Zahl der Berufstätigen in Vollzeit ging hingegen von 26,45 % 1999 bzw. 27,37 % 2000 (n=1414) auf 13,81 % 2003 zurück. Auch die Werte für Berufstätige in Teilzeit waren mit 1,79 % 1999 bzw. 1,29 % 2003 sowie einem Tiefwert von 0,87 % im Jahr 2002 (n=2193) rückläufig. Die Zahlen für gelegentliche berufliche Tätigkeiten hingegen stiegen anteilmäßig, trotz zwischenzeitlicher Schwankungen (2,76 % 2000, 1,5 % 2002), leicht von 2,32 % 1999 auf 2,62 % 2003 an. Ähnlich verhielten sich mit 7,42 % 1999 bzw. 7,92 % 2003 sowie zwischenzeitlicher Schwankungen im Sinne von 7,99 % 2000 bzw. 5,76 % 2001 (n=2030), die Werte für EU-/BU- bzw. Frührentner. Ein Rückgang von 5,09 % 1999 auf 4,6 % 2003 ließ sich hingegen im Bereich der Altersrentenempfänger verzeichnen, wobei im Jahr 2002 ein Tiefwert von 3,24 % erreicht wurde. Auch der Anteil der Patienten, die anderweitig ohne berufliche Beschäftigung waren, nahm von 3,93 % 1999 bzw. 4,53 % 2000 auf 1,98 % 2003 ab. Ähnlich verhielten sich mit 2,86 % 1999 bzw. 3,18 % 2000, im Vergleich zu 1,89 % 2003, die Werte für Hausfrauen bzw. -männer. Von 1,88 % im Jahr 1999 auf 1,29 % im Jahr 2003 nahm auch die Zahl der sich in Ausbildung bzw. Umschulung befindenden Patienten ab. Ein Rückgang von 4,38 % 1999 auf 1,23 % 2002 bzw. 1,93 % 2003 ließ sich ferner für unbekannte bzw. unklare Nennungen verzeichnen. Auch der Anteil nicht erfolgter Eingaben war mit 0,63 % 1999 bzw. 0 % 2003 rückläufig. Die übrigen Werte blieben im erfassten Zeitraum relativ konstant. (s. Tab. 99)

A8 Jetzige berufliche Situation (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
berufstätig, Vollzeit	26,45	27,37	22,02	20,29	13,81	21,99
berufstätig, Teilzeit	1,79	1,77	1,28	0,87	1,29	1,4
berufstätig, gelegentlich	2,32	2,76	1,77	1,5	2,62	2,19
mithelfender Familienangehöriger	0,09	0,14	0,1	0,05	0,23	0,12

A8 Jetzige berufliche Situation (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	2,86	3,18	1,97	2,37	1,89	2,45
Ausbildung, Umschulung	1,88	1,41	1,92	1,64	1,29	1,63
Wehr-/Zivildienst/FSJ	0,09	0,14	0	0,05	0	0,06
beschützt beschäftigt	0,8	0,14	0,49	0,59	0,09	0,42
arbeitslos gemeldet	33,69	33,88	42,36	45,1	46,3	40,27
EU/BU/Frührente, R.verfahren	7,42	7,99	5,76	6,06	7,92	7,03
Altersrente/Pension	5,09	4,6	4,43	3,24	4,6	4,39
Witwen(r)-Rente	0,45	0,85	0,54	0,91	0,37	0,62
anderweitig ohne berufl. Beschäftigung	3,93	4,53	4,04	2,64	1,98	3,42
Sozialhilfeempfänger	8,13	8,2	9,7	13,41	15,69	11,03
unbekannt/unklar	4,38	2,69	3,35	1,23	1,93	2,72
keine Eingabe	0,63	0,35	0,25	0,05	0	0,26

(Tab. 99 „A8 Jetzige berufliche Situation“)

3.5.8. Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung

Hinsichtlich des Jahres der ersten (teil-)stationären Behandlung ließ sich für die Jahre 1999 (n=1119) und 2000 (n=1414) eine Konzentration der Werte auf die letzten 25, für das Jahr 2001 (n=2030) auf die letzten 15 sowie für die Jahre 2002 (n=2193) und 2003 (n=2173) auf die letzten 10 Jahre feststellen. Hierbei war jeweils eine ansteigende Tendenz zu beobachten.

Vergleichsweise häufig erfolgte anfänglich mit 1005 Fällen im Jahr 1999 bzw. mit 1494 Fällen im Jahr 2001 keine Eingabe zu dieser Frage. Bis zum Jahr 2003 ging dieser Wert allerdings auf 758 zurück. (s. Tab. 100)

A9 Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung (n)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
1960	0	0	0	0	1	0,2
1961	0	0	0	1	0	0,2
1965	0	0	0	7	0	1,4
1966	0	0	0	1	0	0,2
1967	1	0	0	0	0	0,2
1970	1	3	0	4	3	2,2
1971	0	0	0	0	1	0,2
1973	0	1	0	0	1	0,4
1974	0	0	1	1	1	0,6
1975	0	1	1	0	1	0,6
1976	0	0	1	2	1	0,8
1977	1	0	0	3	1	1
1978	0	1	0	1	0	0,4

A9 Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung (n)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
1979	1	1	0	0	0	0,4
1980	3	6	9	15	2	7
1981	2	2	3	4	0	2,2
1982	1	1	1	6	4	2,6
1983	0	3	6	6	6	4,2
1984	2	1	1	2	5	2,2
1985	7	4	5	2	10	5,6
1986	1	1	6	3	3	2,8
1987	1	1	3	7	3	3
1988	4	0	3	10	9	5,2
1989	5	4	7	17	15	9,6
1990	3	5	9	17	27	12,2
1991	5	3	4	30	8	10
1992	4	7	14	35	25	17
1993	1	5	18	20	27	14,2
1994	3	9	11	28	29	16
1995	6	12	25	42	61	29,2
1996	4	15	37	67	78	40,2
1997	4	10	35	59	58	33,2
1998	11	12	40	79	67	41,8
1999	7	16	42	73	82	44
2000	0	13	55	86	94	49,6
2001	0	0	190	202	130	104,4
2002	0	0	1	584	173	151,6
2003	0	0	0	0	488	97,6
2004	0	0	0	0	1	0,2
unbekannt/unklar	36	30	8	0	0	14,8
keine Eingabe	1005	1247	1494	779	758	1056,6

(Tab. 100 „A9 Jahr der ersten (teil-)stationären psychiatrischen Behandlung überhaupt“)

3.5.9. Alter bei erster psychischer Auffälligkeit

Die Frage nach dem Alter der Patienten dieser Gruppe bei erster psychischer Auffälligkeit wurde in relativ vielen Fällen mit unbekannt bzw. unklar beantwortet und der Anteil dieses Wertes an der Gesamtfallzahl nahm im Beobachtungszeitraum darüber hinaus zu.

Die restlichen Nennungen ergaben folgendes Bild: Der überwiegende Teil der Patienten wurde zwischen dem 12ten und 30ten Lebensjahr erstmals als psychisch auffällig erkannt. Bis zum 50ten Lebensjahr traten weitere

Fälle auf, allerdings mit etwas geringeren Fallzahlen. In den restlichen Altersgruppen wurde diese Diagnose nur extrem selten erstmalig gestellt. (s. Tab. 101)

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
10	0	1	7	8	11	5,4
11	0	4	5	19	21	9,8
12	2	11	37	44	42	27,2
13	8	24	90	86	87	59
14	20	37	99	119	106	76,2
15	21	69	182	191	176	127,8
16	31	52	151	133	126	98,6
17	9	30	80	52	52	44,6
18	47	70	98	115	85	83
19	14	19	36	30	37	27,2
20	117	172	176	121	108	138,8
21	8	10	12	27	13	14
22	12	30	27	36	21	25,2
23	9	10	31	40	12	20,4
24	19	10	24	35	19	21,4
25	81	110	99	81	56	85,4
26	3	14	11	25	10	12,6
27	4	9	20	27	15	15
28	13	13	22	30	9	17,4
29	8	12	8	14	7	9,8
30	108	104	77	106	78	94,6
31	4	3	2	7	3	3,8
32	12	10	5	13	7	9,4
33	9	11	12	22	12	13,2
34	8	12	16	14	5	11
35	44	31	60	67	29	46,2
36	9	12	6	16	7	10
37	18	12	7	18	12	13,4
38	15	15	5	13	8	11,2
39	14	12	4	14	3	9,4
40	43	40	42	49	30	40,8
41	29	11	5	7	2	10,8
42	14	10	8	5	12	9,8
43	12	12	8	10	6	9,6

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
44	17	7	7	9	2	8,4
45	28	14	10	15	16	16,6
46	2	8	3	1	1	3
47	8	6	5	5	10	6,8
48	4	4	4	1	1	3,2
49	5	6	3	2	2	3,6
50	21	17	17	16	15	17,2
51	6	5	1	1	1	2,8
52	2	0	4	3	0	1,8
53	5	2	3	6	0	3,2
54	4	3	2	1	0	2
55	4	7	5	1	9	5,2
56	3	4	4	0	0	2,2
57	4	3	0	2	0	1,8
58	5	2	1	1	0	1,8
59	3	6	2	3	2	3,2
60	10	8	15	4	6	8,6
61	1	2	0	0	0	0,6
62	2	1	2	0	0	1
63	2	1	1	0	0	0,8
64	1	2	1	1	0	1
65	4	2	3	3	0	2,4
66	2	1	1	0	0	0,8
67	2	0	1	2	0	1
68	1	0	1	0	0	0,4
69	2	2	0	2	0	1,2
70	2	3	6	5	6	4,4
71	0	1	0	0	0	0,2
72	1	1	1	1	1	1
74	0	1	0	1	0	0,4
75	0	1	2	0	0	0,6
77	1	0	0	0	0	0,2
78	0	0	1	0	0	0,2
79	0	1	0	0	0	0,2
80	1	1	10	4	0	3,2
81	0	1	0	0	0	0,2
84	1	0	0	0	0	0,2

ZA13 Alter bei erster psychischer Auffälligkeit (n)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
86	0	1	0	0	0	0,2
90	0	2	4	0	4	2
98	0	0	1	0	0	0,2
unbekannt/unklar	195	281	434	509	869	457,6
keine Eingabe	5	5	3	0	1	2,8

(Tab. 101 „ZA13 Alter bei erster psych. Auffälligkeit“)

3.5.10. Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation

Die differenzierte Betrachtung des von Beginn der aktuellen Krankheitsmanifestation bis zur stationären Aufnahme vergangenen Zeitraums ergab für diese Diagnosegruppe ein deutliches Überwiegen erst nach einem Jahr aufgenommenen Patienten (26-53 %). Anteilmäßig folgten 1-4 Wochen (12-36 %) sowie innerhalb einer Woche (16-20 %) nach der Krankheitsmanifestation erfolgte Aufnahmen. Dazwischen liegende Zeitspannen ließen sich bei dieser Patientengruppe seltener beobachten.

Im erfassten Zeitraum ging die Zahl der nach über einem Jahr aufgenommenen Patienten, trotz einer anfänglichen starken Zunahme auf einen Maximalwert von 52,19 % im Jahr 2000 (n=1414), im Gesamtverlauf von 30,29 % 1999 (n=1119) auf 26,74 % 2003 (n=2173) zurück. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 17,69 % 1999 bzw. 16,61 % 2003 sowie einem im Jahr 2002 (n=2193) zwischenzeitlich erreichten Höchstwert von 20,06 % für den Anteil innerhalb einer Woche erfolgter Aufnahmen beobachten. Ein Rückgang von 5,54 % 1999 auf 4,92 % 2003 war auch für die Zahl der 3-6 Monate nach Krankheitsmanifestation aufgenommenen Patienten zu verzeichnen, wobei im Jahr 2000 ein Tiefwert von 3,04 % durchlaufen wurde. Mit 5,54 % 1999 bzw. 3,82 % 2003 sowie einem Minimalwert von 1,56 % im Jahr 2000 zeigte sich eine ähnliche Entwicklung für nach 6-12 Monaten erfolgte Aufnahmen. Ebenfalls rückläufig waren die Werte für unbekannte bzw. unklare Nennungen (12,33 % 1999 bzw. 3,18 % 2003) sowie für unterlassene Eingaben (0,54 % 1999 bzw. 0,05 % 2003) zu dieser Fragestellung. Im Gesamtverlauf stieg die Zahl der 1-4 Wochen nach Krankheitsmanifestation aufgenommenen Patienten hingegen, trotz eines anfänglichen Rückgangs auf einen Tiefwert von 12,02 % im Jahr 2000, von 20,91 % 1999 auf 35,8 % 2003 an. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 7,15 % 1999 bzw. 8,88 % 2003, bei einem Minimum von 4,31 % im Jahr 2000, für nach 4 Wochen bis 3 Monaten erfolgte Aufnahmen beobachten. (s. Tab. 102)

A14 Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
<= 1 Woche	17,69	17,54	18,18	20,06	16,61	18,02
> 1 Woche bis 4 Wochen	20,91	12,02	14,97	22,39	35,8	21,22
> 4 Wochen bis 3 Monate	7,15	4,31	6,55	8,98	8,88	7,17
> 3 Monate bis 6 Monate	5,54	3,04	4,14	3,92	4,92	4,31
> 6 Monate bis 1 Jahr	5,54	1,56	3,99	2,87	3,82	3,56
> 1 Jahr	30,29	52,19	47,68	38,17	26,74	39,01
unbekannt/unklar	12,33	8,98	4,24	3,51	3,18	6,45

A14 Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
keine Eingabe	0,54	0,35	0,25	0,09	0,05	0,26

(Tab. 102 „A14 Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (geschätzt“)

3.5.11. Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation

In Bezug auf während der aktuellen Krankheitsmanifestation erfolgte Vorbehandlungen ergab sich für diese Diagnosegruppe ein deutliches Überwiegen unbehandelter Patienten (48-65 %). Vergleichsweise hoch war ferner die Zahl der ambulant durch Ärzte anderer Fachrichtungen erfolgten Vorbehandlungen (16-31 %). Deutlich geringer waren hingegen die Werte für ambulant psychiatrisch bzw. nervenärztlich sowie für andere fachspezifisch vorbehandelte Patienten.

Seit dem Jahr 2001 (n=2030) ließ sich ferner ein Anstieg von 0 % 1999 (n=1119) und 2000 (n=1414) auf 5,74 % 2003 (n=2173) im Bereich der seitens der Institutsambulanz durchgeführten Vorbehandlungen verzeichnen, wobei im Jahr 2002 (n=2193) ein Maximum von 7,25 % durchlaufen wurde. Auch die Zahl ambulant bei Ärzten anderer Fachrichtungen vorbehandelter Patienten nahm von 16,7 % 1999 auf 17,53 % 2003 zu, wobei im Jahr 2001 ein Höchstwert von 30,36 % erreicht wurde. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich mit 6 % 1999 bzw. 7,09 % 2003, bei einem Maximalwert von 9,47 % im Jahr 2000, für ambulante psychiatrische bzw. nervenärztliche Vorbehandlungen beobachten. Der Anteil der vor der Aufnahme unbehandelten Patienten ging im erfassten Zeitraum hingegen von 64,87 % 1999 auf 61,7 % 2003 zurück, wobei im Jahr 2001 ein Tiefwert von 48,53 % durchlaufen wurde. Auch die Werte für ambulant psychotherapeutische (2 % 1999 bzw. 1,3 % 2003) sowie stationär (psycho-)somatische (3,91 % 1999 bzw. 1,93 % 2003) Vorbehandlungen nahmen im Verlauf der genannten Jahre ab. Mit 2,17 % 1999 bzw. 0,63 % 2003 waren auch unbekannte bzw. unklare Nennungen zu dieser Frage rückläufig. Im Gesamtverlauf mit 3,3 % 1999 bzw. 3,5 % 2003, trotz eines zwischenzeitlich erreichten Maximalwerts von 4,81 % im Jahr 2001, nur leicht angestiegen war hingegen die Zahl der (teil-)stationär psychiatrisch in der eigenen Klinik vorbehandelten Patienten. Relativ stabile Werte ließen sich mit 0,61 % 1999 bzw. 0,54 % 2003, trotz eines zwischenzeitlich durchlaufenen Höchstwerts von 1,82 % im Jahr 2001, im Bereich der (teil-)stationär psychiatrisch in einer anderen Klinik erfolgten Vorbehandlungen verzeichnen. Die restlichen Werte ließen keine größeren Schwankungen erkennen. (s. Tab. 103)

A15 Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
keine	64,87	61,78	48,53	54,07	61,7	58,19
ambulant bei Ärzten anderer Fachrichtungen	16,7	19,96	30,36	22,99	17,53	21,51
ambulant psychotherapeutisch	2	1,77	1,26	1,4	1,3	1,55
ambulant psychiatr./nervenärztl.	6	9,47	8,08	7,51	7,09	7,63
stationär somatisch/psychosomat.	3,91	2,52	2,52	1,87	1,93	2,55
im eigenen Nicht-KHG-Bereich	0,09	0	0,05	0,13	0,04	0,06

A15 Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
Institutsambulanz	0	0	1,82	7,25	5,74	2,96
(teil-)stationär psychiatrisch in eigener Klinik	3,3	2,86	4,81	3,22	3,5	3,54
(teil-)stationär psychiatrisch in anderer Klinik	0,61	1,09	1,82	0,81	0,54	0,97
unbekannt/unklar	2,17	0,34	0,47	0,76	0,63	0,87
keine Eingabe	0,35	0,2	0,28	0	0	0,17

(Tab. 103 „A15 Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation“)

3.5.12. Art des zur Aufnahme führenden Zustandes

Hinsichtlich der Art des zur Aufnahme führenden Zustandes zeigte sich, dass ein Großteil der Patienten dieser Diagnosegruppe aufgrund der Verschlechterung eines chronischen Zustandes stationär aufgenommen wurde (33-50 %). Ebenfalls häufiger waren das Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes (19-41 %) sowie die Fortdauer eines lang bestehenden früheren Zustandes (16-25 %) ausschlaggebend für die Aufnahme. Vergleichsweise wenige Patienten führte das erstmalige Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung oder ein deutliches Abweichen von früheren Zuständen in die Klinik.

Im hier erfassten Zeitraum nahm die Zahl der wegen der Verschlechterung eines chronischen Zustandes aufgenommenen Patienten von 33,24 % 1999 (n=1119) auf 43,44 % 2003 (n=2173) zu, wobei im Jahr 2001 (n=2030) ein Maximalwert von 50,05 % durchlaufen wurde. Ein insgesamt leichter Anstieg von 16,35 % 1999 auf 16,98 % 2003 ließ sich, bei einem im Jahr 2001 erreichten Höchstwert von 24,48 %, für den Anteil an Patienten mit fortdauernden lang bestehenden Zuständen verzeichnen. Die Zahl der aufgrund des Wiederauftretens eines ähnlichen früheren Zustandes aufgenommenen Patienten ging hingegen von 40,66 % 1999 auf 34,47 % 2003 zurück, wobei im Jahr 2001 ein Tiefwert von 19,75 % erreicht wurde. Auch das erstmalige Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung führte mit 4,56 % 1999 bzw. 3,22 % 2003, bei einem im Jahr 2001 durchlaufenen Tiefwert von 2,32 %, zunehmend seltener zur stationären Aufnahme eines Patienten. Ferner nahm der Anteil der aufgrund eines deutlichen Abweichens von früheren Zuständen erfolgten Aufnahmen von 3,49 % im Jahr 1999 auf 0,87 % im Jahr 2003 ab. Die Werte für unbekannt bzw. unklare Nennungen waren mit 1,7 % 1999 bzw. 1,01 % 2003 sowie einem Tiefwert von 0,73 % im Jahr 2002 (n=2193) ebenfalls rückläufig. Die restlichen Werte blieben relativ konstant. (s. Tab. 104)

ZA15 Art des zur Aufnahme führenden Zustandes (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
erstmaliges Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung	4,56	4,31	2,32	3,74	3,22	3,63
Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes	16,35	16,05	24,48	20,84	16,98	18,94
Verschlechterung eines chronischen Zustandes	33,24	46,89	50,05	47,2	43,44	44,16
Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	40,66	29,14	19,75	26,17	34,47	30,04
deutliches Abweichen von früheren Zuständen	3,49	2,69	2,36	1,14	0,87	2,11
unbekannt/unklar	1,7	0,92	0,99	0,73	1,01	1,07
keine Eingabe	0	0	0,05	0,18	0	0,05

(Tab. 104 „ZA15 Art des zur Aufnahme führenden Zustandes“)

3.5.13. Jemals Suizidversuch

Etwa 70 % der dieser Diagnosegruppe angehörenden Patienten hatte vor der stationären Aufnahme keinen Suizidversuch verübt. Bei etwa einem Viertel der Patienten ließ sich hingegen ein solcher in der Anamnese verzeichnen, wobei die Gesamtzahl der Suizidversuche im Verlauf der erfassten Jahre von 21,63 % (242 Fälle) 1999 (n=1119) auf 25,58 % (561 Fälle) 2002 (n=2193) bzw. 25,31 % (550 Fälle) 2003 (n=2173) anstieg. Durch eine seit dem Jahr 2001 (n=2030) erfolgte Trennung der positiven Antworten in „ja, unmittelbar vor Aufnahme“ bzw. „ja, jemals früher“ ließ sich hingegen ein Rückgang der direkt im Vorfeld erfolgten Suizidversuche von 21,63 % (242 Fälle) 1999 auf 2,25 % (49 Fälle) 2003, bei gleichzeitiger Zunahme der jemals früher erfolgten von 0 % 1999 und 2000 (n=1414) auf 23,06 % (501 Fälle) 2003, feststellen. Ein Anstieg von 70,96 % (794 Fälle) 1999 auf 72,43 % (1574 Fälle) 2003 ließ sich ferner, trotz eines im Jahr 2000 durchlaufenen prozentualen Minimums von 69,87 %, für den Anteil negativer Nennungen zu dieser Frage verzeichnen. Von 7,24 % (81 Fälle) 1999 auf 2,07 % (45 Fälle) 2003 ging hingegen die Zahl unbekannter bzw. unklarer Eingaben zurück. Die übrigen Werte blieben im erfassten Zeitraum relativ stabil. (s. Tab. 105)

A18 Jemals Suizidversuch (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert (Ø-n)
ja, unmittelbar vor Aufnahme	21,63 (n=242)	23,41 (n=331)	14,29 (n=290)	2,83 (n=62)	2,25 (n=49)	12,88 (n=194,8)
ja, jemals früher	0 (n=0)	0 (n=0)	10,05 (n=204)	22,75 (n=499)	23,06 (n=501)	11,17 (n=240,8)
nein	70,96 (n=794)	69,87 (n=988)	71,13 (n=1444)	71,77 (n=1574)	72,43 (n=1574)	71,23 (n=1274,8)

A18 Jemals Suizidversuch (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert (Ø-n)
unbekannt/unklar	7,24 (n=81)	6,36 (n=90)	4,24 (n=86)	2,42 (n=53)	2,07 (n=45)	4,47 (n=71)
keine Eingabe	0,18 (n=2)	0,35 (n=5)	0,29 (n=6)	0,23 (n=5)	0,18 (n=4)	0,25 (n=4,4)

(Tab. 105 „A18 Jemals Suizidversuch“)

3.5.14. Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme

Die Frage nach im Vorfeld der Aufnahme bei Patienten dieser Gruppe eventuell beobachteter Suizidalität wurde für den Großteil der Patienten negativ beantwortet, wobei sich ein Anstieg von 80,7 % (903 Fälle) im Jahr 1999 (n=1119) auf 90,2 % (1960 Fälle) im Jahr 2003 (n=2173) verzeichnen ließ. Bei den bereits durch Suizidalität auffällig gewordenen Patienten zeigte sich hingegen ein prozentualer Rückgang von 15,01 % 1999 auf 9,2 % 2003. Die Betrachtung der entsprechenden Absolutzahlen ließ demgegenüber eine Zunahme von 168 im Jahr 1999 auf 200 im Jahr 2003 erkennen, wobei 2002 (n=2193) ein Maximum von 258 Fällen erreicht wurde. Die Zahl unbekannter bzw. unklarer Nennungen zu dieser Fragestellung war mit 4,29 % (48 Fälle) 1999 bzw. 0,51 % (11 Fälle) 2003 rückläufig, wenn auch die tatsächlichen Fallzahlen im Jahr 2001 zwischenzeitlich auf 63 anstiegen. Die restlichen Werte zeigten keine Schwankungen. (s. Tab. 106)

A19 Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert (Ø-n)
ja	15,01 (n=168)	13,65 (n=193)	10,54 (n=214)	11,76 (n=258)	9,2 (n=200)	12,03 (n=206,6)
nein	80,7 (n=903)	82,32 (n=1164)	86,21 (n=1750)	87,23 (n=1913)	90,2 (n=1960)	85,33 (n=1538)
unbekannt/unklar	4,29 (n=48)	4,03 (n=57)	3,1 (n=63)	0,87 (n=19)	0,51 (n=11)	2,56 (n=39,6)
keine Eingabe	0 (n=0)	0 (n=0)	0,15 (n=3)	0,14 (n=3)	0,09 (n=2)	0,08 (n=1,6)

(Tab. 106 „A19 Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“)

3.5.15. Bedrohung/ Tötlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme

Hinsichtlich im Vorfeld der Aufnahme zu beobachtender Bedrohungen bzw. Tötlichkeiten zeigte sich, dass der überwiegende Teil der Patienten dieser Diagnosegruppe (90-96 %) nie dergestalt aufgefallen war. Vergleichsweise höhere Werte erreichten in dieser Gruppe nur Fälle von bedrohlichem Verhalten ohne Tötlichkeiten (2-7 %) sowie leichter Körperverletzung (bis 2 %). Schwere Körperverletzungen sowie Sachbeschädigungen lagen anteilmäßig jeweils unter 1 % (bis zu 11 Patientenfälle jährlich).

Im erfassten Zeitraum stieg die Zahl der nicht durch Bedrohungen bzw. Tötlichkeiten auffällig gewordenen Patienten, trotz eines anfänglichen prozentualen Rückgangs auf 90,31 % im Jahr 2000 (n=1414), im Gesamtverlauf von 92,23 % (1032 Fälle) 1999 (n=1119) auf 95,53 % (2095 Fälle) 2002 (n=2193) bzw. 94,66 %

(2057 Fälle) 2003 (n=2173) an. Ein Rückgang von 4,29 % 1999 auf 2,83 % 2002 bzw. 3,54 % 2003 ließ sich hingegen, trotz eines anfänglichen Anstiegs auf 6,86 % im Jahr 2000, für den Anteil nur bedrohlichen Verhaltens ohne Tötlichkeiten verzeichnen. Die zu beobachtenden Fallzahlen stiegen demgegenüber im Gesamtverlauf von 48 im Jahr 1999 auf 77 im Jahr 2003, wobei 2000 ein Höchstwert von 97 Fällen durchlaufen wurde. Mit 2,14 % (24 Fälle) 1999 bzw. 1,01 % (22 Fälle) 2003 sowie einem im Jahr 2001 (n=2030) durchlaufenen Tiefwert von 0,74 % (15 Fälle) wurden ferner leichte Körperverletzungen zunehmend seltener beobachtet. Aufgrund der unterschiedlichen Patientenzahl der jeweiligen Jahre war der Rückgang der Absolutzahlen hier nur gering. Anderweitige größere Schwankungen der Werte ließen sich im erfassten Zeitraum nicht feststellen. (s. Tab. 107)

A21 Bedrohung/Tötlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert (Ø-n)
nein	92,23 (n=1032)	90,31 (n=1277)	94,58 (n=1902)	95,53 (n=2095)	94,66 (n=2057)	93,46 (n=1672,6)
schwere Körperverletzung, Waffengebrauch o.ä.	0,09 (n=1)	0,14 (n=2)	0,15 (n=3)	0,05 (n=1)	0,14 (n=3)	0,11 (n=2)
leichte Körperverletzung, Ohrfeigen o.ä.	2,14 (n=24)	1,49 (n=21)	0,74 (n=15)	0,87 (n=19)	1,01 (n=22)	1,25 (n=20,2)
nur Sachbeschädigung, einschließlich fremder Sachen	0,54 (n=6)	0,78 (n=11)	0,54 (n=11)	0,32 (n=7)	0,32 (n=7)	0,5 (n=8,4)
nur Sachbeschädigung bei eigenen Sachen	0,27 (n=3)	0,21 (n=3)	0,2 (n=4)	0,14 (n=3)	0,14 (n=3)	0,19 (n=3,2)
nur bedrohliches Verhalten ohne Tötlichkeiten	4,29 (n=48)	6,86 (n=97)	3,1 (n=63)	2,83 (n=62)	3,54 (n=77)	4,12 (n=69,4)
unbekannt/unklar	0,45 (n=5)	0,21 (n=3)	0,54 (n=11)	0,14 (n=3)	0,09 (n=2)	0,29 (n=4,8)
keine Eingabe	0 (n=0)	0 (n=0)	0,15 (n=3)	0,14 (n=3)	0,09 (n=2)	0,08 (n=1,6)

(Tab. 107 „A21 Bedrohung/Tötlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufnahme“)

3.5.16. Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts

Die differenzierte Betrachtung der während des stationären Aufenthalts zur Therapie dieser Patientengruppe angewandten Psychopharmaka ergab Folgendes: Bei einem vergleichsweise großen Teil der Patienten wurde auf eine Dauermedikation vollständig verzichtet (11-42 %). Zur medikamentösen Therapie wurden hingegen hauptsächlich Benzodiazepine (16-24 %), andere Tranquilizer bzw. Hypnotika, Clomethiazol, Opiatersatzstoffe (jeweils bis 18 %) sowie Carbamazepin (8-16 %) verwendet.

Im erfassten Zeitraum nahm die Zahl der nicht psychopharmakologisch therapierten Patienten von 41,59 % im Jahr 1999 (n=1119) auf 11,46 % im Jahr 2003 (n=2173) ab. Eine Zunahme von 16,83 % 1999 auf 18,23 % 2003 ließ sich hingegen für die Verwendung von Benzodiazepinen verzeichnen, wobei im Jahr 2002 (n=2193) ein Höchstwert von 23,22 % erreicht wurde. Auch andere Tranquilizer bzw. Hypnotika fanden mit 0,29 % 1999

bzw. 17,25 % 2003 zunehmend Verwendung. Von 8,82 % im Jahr 1999 auf 15,6 % im Jahr 2003 stieg ferner auch die Zahl der mit Carbamazepin therapierten Patienten an. Auch im Bereich der Opiatersatzstoffe ließ sich eine Zunahme von 0 % 1999 und 2000 (n=1414) auf 17,4 % 2002 bzw. 16,78 % 2003 verzeichnen. Ein Anstieg von 1,69 % im Jahr 1999 auf 3,48 % im Jahr 2003 zeigte sich ferner für die Zahl der verordneten atypischen Antipsychotika. Konventionelle Antipsychotika fanden mit 6,32 % 1999 bzw. 8,91 % 2003, trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 5,71 % im Jahr 2002, ebenfalls zunehmend häufig Verwendung in diesem Zusammenhang. Ferner stieg auch der Anteil der Therapien mit Antidepressiva (1,69 % 1999 bzw. 6,53 % 2003) sowie anderen Antiepileptika (0,44 % 1999 bzw. 1,1 % 2003) im erfassten Zeitraum an. Nach einem anfänglichen Anstieg von 0,81 % 1999 auf 9,5 % 2001 (n=2030), fiel die Zahl der verordneten Medikamente zur Substitutionsbehandlung in den Jahren 2002 und 2003 hingegen auf 0 % ab. Ein Rückgang von 17,34 % im Jahr 1999 auf 0 % 2002 und 2003 ließ sich ferner für die Verwendung von Clomethiazol verzeichnen. Auf jeweils 0 % in den Jahren 2002 und 2003 ging auch die Verwendung folgender Psychopharmaka zurück: Betablocker, Antiparkinsonmittel sowie sonstige Medikamente. Der Anteil der Nootropika nahm hingegen leicht von 0 % 1999 und 2000 auf 0,17 % 2003 zu. Die übrigen Werte blieben im erfassten Zeitraum relativ konstant. (s. Tab. 108)

E4 Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
keine oder nur Bedarfsmedikation	41,59	26,44	15,74	15,38	11,46	22,12
Clozapin	0	0	0,13	0	0,03	0,03
Depot-Antipsychotika (typisch)	0,15	0,21	0,2	0,12	0,26	0,19
andere atypische Antipsychotika	1,69	2,77	2,76	2,72	3,48	2,68
andere Antipsychotika	6,32	6,65	7,11	5,71	8,91	6,94
Antidepressiva	1,69	2,98	4,62	4,23	6,53	4,01
Benzodiazepine	16,83	18,32	19,5	23,22	18,23	19,22
andere Tranquilizer/Hypnotika	0,29	1,62	10,63	15,76	17,25	9,11
Lithium	0	0,1	0,13	0,03	0,17	0,09
Carbamazepin	8,82	12,51	11,66	14,03	15,6	12,52
andere Antiepileptika	0,44	0,42	1,26	1,11	1,1	0,87
Nootropika	0	0	0,03	0,15	0,17	0,07
Substitutionsbehandlung	0,81	8,38	9,5	0	0	3,74
Opiatersatzstoffe	0	0	7,87	17,4	16,78	8,41
Betablocker	1,1	1,1	0,43	0	0	0,53
Clomethiazol	17,34	16,65	7,51	0	0	8,3
Antiparkinsonmittel	0,07	0,26	0,56	0	0	0,18
sonstige	2,72	1,52	0,2	0	0	0,89
unbekannt/unklar	0,07	0,05	0,03	0,03	0	0,04
keine Eingabe	0,07	0	0,13	0	0	0,04

(Tab. 108 „E4 Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts“)

3.5.17. Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung

Hinsichtlich der nach der Entlassung empfohlenen psychopharmakologischen Weiterbehandlung zeigte sich, dass bei einem Großteil der Patienten dieser Diagnosegruppe auf eine solche verzichtet wurde (44-82 %). Wurden in diesem Zusammenhang dennoch Psychopharmaka empfohlen, so handelte es sich überwiegend um Carbamazepin (4-20 %), Opiatersatzstoffe (bis 15 %), Antidepressiva (2-9 %) sowie Medikamente zur Substitutionsbehandlung (bis 7 %). Vergleichsweise häufiger war ferner die Verwendung von Benzodiazepinen, konventionellen sowie atypischen Antipsychotika.

Im erfassten Zeitraum ließ sich ein Rückgang der nach der Entlassung nicht psychopharmakologisch weitertherapierten Patienten von 81,77 % im Jahr 1999 (n=1119) auf 44,53 % im Jahr 2003 (n=2173) verzeichnen. Die Verordnung von Carbamazepin nahm hingegen im Verlauf der genannten Jahre von 4,25 % auf 19,21 % zu. Ferner wurden auch Opiatersatzstoffe mit 0 % 1999 und 2000 (n=1414) bzw. 14,07 % 2003 zunehmend zur weiterführenden Therapie dieser Patientengruppe herangezogen. Trotz einer mit 0,61 % 1999 bzw. 6,86 % 2001 (n=2030) anfänglich ähnlichen Entwicklung im Bereich der Medikamente zur Substitutionsbehandlung ging deren anteilmäßige Verwendung in den Jahren 2002 (n=2193) und 2003 auf 0 % zurück. Ein Anstieg von 2,34 % 1999 auf 8,15 % 2003 ließ sich ferner für die Zahl der verordneten Antidepressiva verzeichnen. Mit 1,22 % 1999 bzw. 2,05 % 2003 nahm auch der Anteil der mit Benzodiazepinen weitergeführten Therapien im erfassten Zeitraum zu, wobei im Jahr 2002 ein Maximum von 3,52 % erreicht wurde. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich mit 0,17 % 1999 bzw. 1,04 % 2003 sowie einem im Jahr 2001 durchlaufenen Höchstwert von 1,48 % im Bereich der anderen Tranquilizer bzw. Hypnotika. Die Verordnung atypischer Antipsychotika stieg im erfassten Zeitraum ebenfalls von 1,74 % im Jahr 1999 auf 3,86 % im Jahr 2003 an. Trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 2,33 % im Jahr 2002 wurden auch konventionelle Antipsychotika mit 2,78 % 1999 bzw. 4,69 % 2003 zunehmend häufig zur weiterführenden Therapie herangezogen. Ferner stieg in diesem Zusammenhang auch die Verordnungshäufigkeit anderer Antiepileptika (0,17 % 1999 bzw. 1,52 % 2003) sowie von Nootropika (0 % 1999 und 2000 bzw. 0,2 % 2003). Auf jeweils 0 % in den Jahren 2002 und 2003 ging hingegen die Zahl der mit folgenden Psychopharmaka unterstützten Therapien zurück: Betablocker, Antiparkinsonmittel sowie andere psychiatrische Medikamente. Die restlichen Werte ließen keine größeren Schwankungen beobachten. (s. Tab. 109)

E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
kein Medikament aus psychiatr. Medik.	81,77	66,03	57,21	56,28	44,53	61,16
Clozapin	0	0	0,04	0	0,04	0,02
Depot-Antipsychotika (typisch)	0,26	0,4	0,48	0,16	0,36	0,33
andere atypische Antipsychotika	1,74	2,45	2,62	3,11	3,86	2,76
andere Antipsychotika	2,78	3,24	3,49	2,33	4,69	3,31
Antidepressiva	2,34	4,43	6,16	5,11	8,15	5,24
Benzodiazepine	1,22	1,92	3,41	3,52	2,05	2,42
andere Tranquilizer/Hypnotika	0,17	0,07	1,48	0,8	1,04	0,71

E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
Lithium	0	0,13	0,17	0,04	0,2	0,11
Carbamazepin	4,25	10,24	10,26	13,33	19,21	11,46
andere Antiepileptika	0,17	0,53	0,61	0,64	1,52	0,69
Nootropika	0	0	0,04	0,2	0,2	0,09
Substitutionsbehandlung	0,61	5,82	6,86	0	0	2,66
Opiatersatzstoffe	0	0	5,41	14,26	14,07	6,75
Betablocker	1,22	1,32	0,35	0	0	0,58
Antiparkinsonmittel	0,17	0,07	0,13	0	0	0,07
andere Medikamente aus psych. Medik.	2,17	3,3	0,83	0	0	1,26
unbekannt/unklar	1,04	0	0,26	0,04	0	0,27
keine Eingabe	0,09	0,07	0,17	0,04	0	0,07

(Tab. 109 „E17 Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung“)

3.5.18. Probleme bei der Psychopharmakotherapie

Die Frage nach bei der Psychopharmakotherapie eventuell aufgetretenen Problemen wurde für diese Gruppe in einem Großteil der Fälle negativ beantwortet. Hier ließ sich zudem ein Anstieg von 49,96 % im Jahr 1999 (n=1119) auf 78,65 % im Jahr 2003 (n=2173) verzeichnen. Ebenfalls häufig waren Patientenfälle, in denen keinerlei Psychopharmakotherapie während des stationären Aufenthalts erfolgte, wobei hier allerdings ein Rückgang von 50,54 % 1999 auf 18,22 % 2003 zu beobachten war. Mit jeweils 0 % in den Jahren 2002 (n=2193) und 2003 wurden ferner Therapieresistenzen bzw. mangelnde Wirkung (0,98 % 1999), erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen (0,45 % 1999) sowie mangelnde Patientencompliance (1,07 % 1999) zunehmend seltener angegeben. Die Zahl unterlassener Eingaben stieg hingegen von 0 % 1999 und 2000 (n=1414) auf 3,08 % 2003 an. Die übrigen Werte blieben relativ konstant. (s. Tab. 110)

E5 Probleme bei der Psychopharmakotherapie (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
entfällt (keine Medikamente)	50,54	35,83	22,13	22,8	18,22	29,9
keine besonderen Probleme	49,96	62,4	74,57	74,24	78,65	67,96
Therapieresistenz/ mangelnde Wirkung	0,98	0,42	0,49	0	0	0,38
erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen	0,45	0,57	0,25	0	0	0,25
mangelnde Compliance des Patienten	1,07	0,78	0,54	0	0	0,48
sonstige	0	0	0,15	0,14	0,05	0,07

E5 Probleme bei der Psychopharmakatherapie (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
keine Eingabe	0	0	1,87	2,83	3,08	1,56

(Tab. 110 „E5 Probleme bei der Psychopharmakatherapie“)

Auf die seit dem zweiten Halbjahr 2001 im BADO-Bogen enthaltene differenziertere Frage nach unerwünschten Arzneimittelwirkungen wurden hauptsächlich (jeweils unter 1 %) Probleme im Sinne einer nicht ausreichenden Wirkung, Akathisie und Frühdyskinesien, allergischer Reaktionen der Haut, eines Grand-Mal-Anfalls sowie von Unruhe bzw. Erregungszustand angegeben. Das Spektrum an genannten Nebenwirkungen war gering.

Ferner wurden vergleichsweise selten sonstige unerwünschte Arzneimittelwirkungen angegeben, wobei darüber hinaus ein Rückgang von 1,23 % (27 Fälle) 2002 (n=2193) auf 0,51 % (11 Fälle) 2003 (n=2173) zu verzeichnen war. Der Anteil unterlassener Eingaben war hingegen mit 96,99 % (2127 Fälle) 2002 bzw. 96,92 % (2106 Fälle) 2003 hoch. Im erfassten Zeitraum stieg die Zahl der Akathisien bzw. Frühdyskinesien von 0,14 % (3 Fälle) 2002 auf 0,55 % (12 Fälle) 2003. Auch Unruhe bzw. Erregungszustand wurde mit 0,09 % (2 Fälle) 2002 bzw. 0,23 % (5 Fälle) 2003 mit leicht zunehmender Häufigkeit in diesem Zusammenhang beobachtet. Fälle von allergischer Reaktion der Haut gingen hingegen von 0,32 % (7 Fälle) 2002 auf 0,14 % (3 Fälle) 2003 zurück. Die restlichen Werte blieben in den hier erfassten Jahren relativ konstant. (s. Tab. 111)

UAW (%)	2002 N (n=2193)	2002%	2003 N (n=2173)	2003%	Ø-N	Ø-Wert
Akathisie u. Frühdyskinesien	3	0,14	12	0,55	7,5	0,35
allerg. Reaktion Haut	7	0,32	3	0,14	5	0,23
Delir	0	0	2	0,09	1	0,05
depressives Syndrom	0	0	3	0,14	1,5	0,07
Grand-Mal-Anfall	4	0,18	4	0,18	4	0,18
Leberwerterhöhung	1	0,05	0	0	0,5	0,03
nicht ausreichende Wirkung	16	0,73	16	0,74	16	0,74
orth. Kollaps	0	0	2	0,09	1	0,05
Parkinsonsyndrom schwer	1	0,05	2	0,09	1,5	0,07
QT-Verlängerung	0	0	1	0,05	0,5	0,03
quant. Bewusstseinsstörung	0	0	2	0,09	1	0,05
sexuelle Funktionsstörung	2	0,09	3	0,14	2,5	0,12
sonst. Bradyarrhythmien	0	0	1	0,05	0,5	0,03
sonst. Tachyarrhythmien	2	0,09	0	0	1	0,05
Ödeme	1	0,05	0	0	0,5	0,03
Unruhe/Erregungszustand	2	0,09	5	0,23	3,5	0,16
sonstige	27	1,23	11	0,51	19	0,87
keine Eingabe	2127	96,99	2106	96,92	2116,5	96,96

(Tab. 111 „UAW“)

3.5.19. Suizidversuch/Suizid während des stationären Aufenthalts

Über 99 % der dieser Diagnosegruppe angehörenden Patienten verübten während des stationären Aufenthalts keinen Suizidversuch, wobei zudem eine Zunahme der absoluten Fallzahlen von 1116 im Jahr 1999 auf 2163 im Jahr 2003 zu verzeichnen war. Im erfassten Zeitraum kam es nur im Jahr 2003 (n=2173) zu 2 Suiziden. Die übrigen Werte waren gering und ließen keine größeren Schwankungen erkennen. (s. Tab. 112)

E11 Suizidversuch während des stationären Aufenthalts (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert (Ø-n)
keiner	99,73 (n=1116)	99,29 (n=1404)	99,65 (n=2023)	99,73 (n=2187)	99,54 (n=2163)	99,59 (n=1778,6)
Suizid	0 (n=0)	0 (n=0)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,09 (n=2)	0,02 (n=0,4)
sicher gefährlicher Suizidversuch	0 (n=0)	0,07 (n=1)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,09 (n=2)	0,03 (n=0,6)
sonstiger Suizidversuch	0,18 (n=2)	0,21 (n=3)	0 (n=0)	0,05 (n=1)	0,09 (n=2)	0,11 (n=1,6)
vorsätzliche Selbstschädigung ohne Suizidabsicht	0 (n=0)	0,28 (n=4)	0,2 (n=4)	0,05 (n=1)	0,14 (n=3)	0,13 (n=2,4)
unbekannt/unklar	0,09 (n=1)	0,14 (n=2)	0,15 (n=3)	0,19 (n=4)	0,05 (n=1)	0,12 (n=2,2)

(Tab. 112 „E11 Suizidversuch während des stationären Aufenthalts“)

3.5.20. Bedrohungen/ Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts

Der überwiegende Teil der Patienten wurde während des stationären Aufenthalts nicht durch Bedrohungen bzw. Tätlichkeiten auffällig, wobei, trotz eines zwischenzeitlichen prozentualen Rückgangs auf 95,05 % im Jahr 2000 (n=1414), ein Anstieg der Werte von 97,41 % (1090 Fälle) 1999 (n=1119) auf 98,11 % (2132 Fälle) 2003 (n=2173) zu verzeichnen war. Vergleichsweise höher lag ferner der Anteil nur bedrohlichen Verhaltens ohne Tätlichkeiten. Hier ließ sich, trotz eines anfänglichen Anstiegs auf 4,6 % im Jahr 2000, mit 1,88 % 1999 bzw. 1,47 % 2003 ein leichter Rückgang beobachten. Die Betrachtung der Absolutzahlen ergab hingegen einen Anstieg der Fälle von lediglich bedrohlichem Verhalten von 21 im Jahr 1999 auf 32 im Jahr 2003, wobei 2000 ein Höchstwert von 65 erreicht wurde. Körperverletzungen sowie Sachbeschädigungen wurden im erfassten Zeitraum selten und mit relativ konstanten prozentualen Werten beobachtet. Auch hier zeigte sich bezüglich der tatsächlichen Fallzahlen ein etwas anderes Bild: So blieb die Zahl leichter Körperverletzungen zwar im Gesamtverlauf mit 4 Fällen 1999 bzw. 5 Fällen 2003 relativ konstant, zeigte aber zwischenzeitliche Schwankungen mit einem Fall im Jahr 2000 bzw. 11 Fällen im Jahr 2001 (n=2030). Ferner ließ sich ein Anstieg der Sachbeschädigungen eigener sowie fremder Gegenstände von 2 Fällen 1999 auf 4 Fälle 2003 beobachten. (s. Tab. 113)

E12 Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert (Ø-n)
keine	97,41 (n=1090)	95,05 (n=1344)	96,7 (n=2003)	97,63 (n=2141)	98,11 (n=2132)	96,98 (n=1742)
schwere Körperverletzung, Waffengebrauch o.ä.	0,09 (n=1)	0,14 (n=2)	0 (n=0)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,05 (n=0,6)
leichte Körperverletzung, Ohrfeigen o.ä.	0,36 (n=4)	0,07 (n=1)	0,54 (n=11)	0,32 (n=7)	0,23 (n=5)	0,3 (n=5,6)
nur Sachbeschädigung, einschließlich fremder Sachen	0,18 (n=2)	0,07 (n=1)	0,15 (n=3)	0,05 (n=1)	0,18 (n=4)	0,13 (n=2,2)
nur Sachbeschädigung bei eigenen Sachen	0 (n=0)	0 (n=0)	0 (n=0)	0,05 (n=1)	0 (n=0)	0,01 (n=0,2)
nur bedrohliches Verhalten ohne Tätlichkeiten	1,88 (n=21)	4,6 (n=65)	2,51 (n=51)	1,87 (n=41)	1,47 (n=32)	2,47 (n=42)
unbekannt/unklar	0,09 (n=1)	0,07 (n=1)	0,1 (n=2)	0,09 (n=2)	0 (n=0)	0,07 (n=1,2)

(Tab. 113 „E12 Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthalts“)

3.5.21. Fixierungen

In Bezug auf während des stationären Aufenthalts eventuell erfolgte Fixierungen zeigte sich, dass bei einem Großteil der Patienten dieser Gruppe (95-98 %) auf derartige Maßnahmen verzichtet werden konnte. Anteilmäßig folgte die Zahl einmalig fixierter Patienten (1-4 %). Mehrmals oder in unbekanntem bzw. unklarem Ausmaß wurden diese Maßnahmen nur selten angewandt.

Im erfassten Zeitraum nahm der Anteil niemals fixierter Patienten von 96,16 % (1076 Fälle) im Jahr 1999 (n=1119) auf 97,42 % (2117 Fälle) im Jahr 2003 (n=2173) zu. Die Zahl der einmaligen Fixierungen ging hingegen von 2,95 % 1999 auf 1,87 % 2002 (n=2193) bzw. 2,12 % 2003 zurück. Mehrmals erfolgte diese Maßnahme mit 0,89 % 1999 bzw. 0,32 % 2003 ebenfalls zunehmend selten. Die restlichen Werte blieben im Verlauf der genannten Jahre relativ konstant. Die entsprechenden Fallzahlen zeigten demgegenüber einen anderen Verlauf: Fälle von einmaliger Fixierung stiegen von 33 im Jahr 1999 auf 46 im Jahr 2003 an, wobei 2001 ein Maximum von 49 Fällen erreicht wurde. Die absolute Zahl mehrmaliger Fixierungsmaßnahmen nahm insgesamt zwar - wie oben für die Prozentwerte beschrieben - leicht von 10 Fällen 1999 auf 7 Fälle 2003 ab, stieg zwischenzeitlich aber auf einen Höchstwert von 17 im Jahr 2001 an. Auch unbekannt bzw. unklare Eingaben nahmen von 0 Fällen 1999 auf 3 Fälle 2003 leicht zu und durchliefen 2001 ein Maximum von 13 Fällen. (s. Tab. 114)

E14 Fixierungen (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert (Ø-n)
keine	96,16 (n=1076)	95,54 (n=1351)	96,11 (n=1951)	97,54 (n=2139)	97,42 (n=2117)	96,55 (n=1726,8)
einmal	2,95 (n=33)	3,25 (n=46)	2,41 (n=49)	1,87 (n=41)	2,12 (n=46)	2,52 (n=43)
mehrmals	0,89 (n=10)	0,78 (n=11)	0,84 (n=17)	0,5 (n=11)	0,32 (n=7)	0,67 (n=11,2)
unbekannt/unklar	0 (n=0)	0,42 (n=6)	0,64 (n=13)	0,09 (n=2)	0,14 (n=3)	0,26 (n=4,8)

(Tab. 114 „E14 Fixierungen“)

3.5.22. Verweildauer nach Gruppen

Die Differenzierung der Patienten dieser Diagnosegruppe hinsichtlich ihrer jeweiligen Verweildauer ließ insgesamt ein Überwiegen von 2-14 Tagen dauernden Aufenthalten erkennen (über 50 %), wobei Verweildauern von 2-7 Tagen (24-35 %) sowie von 7-14 Tagen (25-31 %) mit etwa gleichen Anteilen vertreten waren. Anteilmäßig folgten Werte für bis zu 2 Tage (12-20 %), 14-21 Tage (8-13 %) sowie 21-31 Tage (6-11 %) stationär verbliebene Patienten. Länger als einen Monat hielten sich nur verhältnismäßig wenige Patienten dieser Gruppe stationär auf.

Im erfassten Zeitraum nahm die Zahl der 2-7 Tage dauernden Aufenthalte, trotz eines zwischenzeitlichen Rückgangs auf 24,93 % im Jahr 2001 (n=2030), im Gesamtverlauf von 28,15 % 1999 (n=1119) auf 34,65 % 2003 (n=2173) zu. Ferner ließen sich auch Verweildauern von 14-21 Tagen mit 8,58 % 1999 bzw. 11,27 % 2003 zunehmend häufig beobachten, wobei im Jahr 2000 (n=1414) ein Höchstwert von 12,45 % erreicht wurde. Der Anteil der 21-31 Tage stationär verbliebenen Patienten nahm ebenfalls von 6,7 % 1999 auf 10,54 % 2003 zu. Ein Rückgang von 19,75 % im Jahr 1999 auf 12,1 % im Jahr 2003 ließ sich hingegen für Aufenthalte von bis zu 2 Tagen Dauer verzeichnen. Auch die Zahl der 7-14 Tage stationär Verbliebenen zeigte sich im Gesamtverlauf, trotz eines zwischenzeitlichen Anstiegs auf 30,49 % im Jahr 2001, mit 28,69 % 1999 bzw. 25,91 % 2003 rückläufig. Verweildauern von 1-3 Monaten Dauer nahmen im erfassten Zeitraum ebenfalls von 7,51 % 1999 bzw. 8,27 % 2000 auf 5,38 % 2003 ab, wobei im Jahr 2002 (n=2193) ein Minimum von 4,7 % erreicht wurde. Die restlichen Werte blieben relativ konstant. (s. Tab. 115)

Verweildauer nach Gruppen (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
bis 2 Tage	19,75	15,56	14,83	15,64	12,1	15,58
2 - 7 Tage	28,15	27,65	24,93	30,83	34,65	29,24
7 - 14 Tage	28,69	25,11	30,49	27,63	25,91	27,57
14 - 21 Tage	8,58	12,45	12,41	12,18	11,27	11,38
21 - 31 Tage	6,7	10,11	9,16	8,94	10,54	9,09
1 - 3 Monate	7,51	8,27	7,73	4,7	5,38	6,72
3 - 6 Monate	0,63	0,78	0,39	0,09	0,14	0,41

Verweildauer nach Gruppen (%)	1999 (n=1119)	2000 (n=1414)	2001 (n=2030)	2002 (n=2193)	2003 (n=2173)	Ø-Wert
6 - 12 Monate	0	0	0,05	0	0	0,01
Rest	0	0,07	0	0	0	0,01

(Tab. 115 „Verweildauer nach Gruppen“)

4. DISKUSSION

Bei der Betrachtung aller im Beobachtungszeitraum erfasster Patientenfälle zeigte sich, dass die überwiegende Zahl der stationären Aufnahmen aufgrund von „Psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD-10 F1) erfolgte. Der hier zu verzeichnende Anstieg mit einem Maximum im Jahr 2001 ist mit großer Wahrscheinlichkeit auf die Eröffnung einer Abteilung für Drogenabhängige im BKH 1999/2000 zurückzuführen. Anteilmäßig folgten Patienten mit „Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (ICD-10 F2), deren Gesamtzahl zurückging. Mögliche Gründe hierfür sind die Verbesserung psychosozialer Rahmenbedingungen im Versorgungsgebiet oder die bessere Verträglichkeit moderner Medikamente und die damit einhergehende Reduktion von Aufnahmen aufgrund von Nebenwirkungen (89, 131). Auch die Diagnose „Affektive Störungen“ (ICD-10 F3) wurde häufiger gestellt. Vergleichsweise höhere Fallzahlen erreichten ferner die Gruppen F4, F0 und F6. Die übrigen Diagnosen wurden nur selten angegeben. Dieses Bild entspricht allgemein den Erwartungen (128, 152, 153).

Die Differenzierung innerhalb der hier ausgewählten Diagnosegruppen F0, F1, F20-22, F31-33 ergab Folgendes: Innerhalb der ICD-10-Gruppe F2 wurde im Verlauf der hier erfassten Jahre deutlich überwiegend die Diagnose Schizophrenie (ICD-10 F20) gestellt. Schizotype Störungen (ICD-10 F21) wurden hingegen nur sehr selten angegeben. Dies resultiert aus der Unsicherheit bei der Diagnosestellung F21 aufgrund der unklaren Definition der notwendigen Symptome bzw. aufgrund von Problemen bei deren Erfassung. Die ICD-10 empfiehlt daher diese diagnostische Kategorie auch nicht zum allgemeinen Gebrauch (108). Im Beobachtungszeitraum war keine nennenswerte Veränderung der Häufigkeitsverteilung zwischen den F2-Untergruppen zu verzeichnen.

An Störungen nach ICD-10 F3 wurden im erfassten Zeitraum - wie angesichts ihrer hohen Prävalenz zu erwarten - depressive Episoden (ICD-10 F32) sowie rezidivierende depressive Störungen (ICD10 F33) etwas häufiger diagnostiziert als bipolare affektive Störungen (ICD-10 F31), deren Anteil zudem abnahm (93). Auch Störungen im Sinne von F32 wurden 2003 seltener beobachtet als 1999. Demgegenüber wurde die Diagnose F33 zunehmend häufiger gestellt. Insgesamt nahm somit die Zahl der Aufnahmen aufgrund von Rezidiven bei gleichzeitigem Rückgang der Aufnahmen bei erstmaligen Erkrankungen zu. Da auch in der Literatur eher über einen Anstieg der Depressionsraten in den letzten Jahren berichtet wird, entspricht dies wohl weniger einem tatsächlichen Rückgang depressiver Neuerkrankungen als vielmehr der Tatsache, dass diese Patienten meist nicht bei der ersten Diagnosestellung stationär behandelt werden (94).

Größtenteils lagen bei Patienten der Diagnosegruppe F0 wie zu erwarten Demenzen vom Alzheimer-Typ vor, aber auch vaskulär bedingte Demenzen fanden sich vergleichsweise häufig (85). Im erfassten Zeitraum über die Jahre 1999 bis 2003 nahm die Zahl der Demenzen vom Alzheimer-Typ zu, während vaskuläre Demenzen seltener auftraten.

Innerhalb der ICD-10 Gruppe F1 wurde in den erfassten Jahren 1999 bis 2003 erwartungsgemäß in einem Großteil der Fälle die Diagnose Störungen durch Alkohol (ICD-10 F10) gestellt (102, 141). Ihre Zahl nahm allerdings ab. Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (ICD-10 F19) wurden hingegen zunehmend häufig diagnostiziert, gefolgt von Störungen durch Opioide (ICD-10 F11), deren Zahl ebenfalls anstieg. Der Missbrauch anderer Substanzen führte nur sehr selten zur Aufnahme. Diese Entwicklung bestätigt die in der Literatur beschriebene Zunahme des Drogenproblems in Deutschland seit Mitte der 80er Jahre und ist zudem mit großer Wahrscheinlichkeit Folge der oben genannten Eröffnung der Drogenabteilung am BKH (142). Dennoch stellt sich die Frage, ob Fälle von Alkoholmissbrauch tatsächlich so

stark abnahmen oder in den ersten Jahren zusätzlich bestehende Abhängigkeiten nicht ausreichend eruiert wurden.

Die Kenntnis des behandelten Diagnosespektrums sowie dessen Dynamik ist in Hinblick auf mögliche Veränderungen im Sinne z.B. einer Implementierung evidenzbasierter Therapieprogramme für bestimmte Patientengruppen wichtig (152).

Im Beobachtungszeitraum kam die überwiegende Zahl der Patienten freiwillig oder freiwillig bei Betreuung in die Klinik. Hier war insgesamt eine leichte Zunahme der reinen Freiwilligkeit bei gleichzeitigem leichten Rückgang freiwillig bei Betreuung erfolgter Aufnahmen zu verzeichnen. Anteilmäßig folgten Aufnahmen nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz (Art. 9 UbG; § 70 FGG; Art.10/1 UbG Beschluss der Kreisverwaltungsbehörde; Art. 10/2 UbG (Polizei)) oder Unterbringungsgesetzen anderer Länder. Deren Zahl ging im Verlauf der Jahre allerdings leicht zurück.

Die nach den hier ausgewerteten ICD-10-Diagnosegruppen differenzierte Betrachtung der zur Aufnahme führenden Rechtsgrundlage ergab Folgendes:

Patienten, die rein freiwillig in die Klinik kamen, gehörten vor allem und in jeweils zunehmender Zahl den Diagnosegruppen F3 und F1 an. Die ausschließliche Freiwilligkeit war hier beinahe doppelt so hoch wie bei Patienten mit Störungen nach F2 oder F0. Diese Patienten kamen demgegenüber deutlich häufiger freiwillig bei Betreuung, infolge eines Beschlusses nach §§ 1906, 1846 BGB oder freiwillig nach Polizeieinweisung bzw. im Sinne einer „Notaufnahme“ (Beschluss gem. §§ 1846, 1906 angeregt) in die Klinik. Nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz oder nach Unterbringungsgesetzen anderer Länder wurden hauptsächlich den Diagnosegruppen F2 bzw. F1 angehörende Patienten aufgenommen. Dieser Wert nahm für die Gruppe F1 allerdings deutlich ab. Andere Rechtsgrundlagen wurden bei allen Patienten nur selten angegeben.

Bei den Gruppen F2 und F0 fanden sich wahrscheinlich aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht vergleichsweise hohe Zahlen an freiwillig bei Betreuung oder im Rahmen diverser Unterbringungsmaßnahmen aufgenommenen Patienten. Dies entspricht auch den Angaben aus der Literatur (80).

Trotz einer zu beobachtenden Zunahme der ausschließlichen Freiwilligkeit bei Patienten der Diagnosegruppe F1 erfolgten dennoch auch bei dieser Gruppe vergleichsweise viele Aufnahmen im Zuge der genannten Unterbringungsmaßnahmen, wobei hier allerdings ein leichter Rückgang zu verzeichnen war. Diese anscheinend zunehmende, selbständige Erkenntnis der Notwendigkeit einer stationären Behandlung, lässt sich bei diesen Patienten häufig durch eine krankheitsbedingte, finanzielle bzw. psychosoziale Notlage erklären, im Zuge derer der Weg in die Klinik als Ausweg erscheint (141). Andererseits ist neben anderen Ursachen sicher auch eine verbesserte Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung bezüglich der Suchtproblematik in Betracht zu ziehen.

Offensichtlich sind vor allem Patienten mit affektiven Störungen in der Lage, ihre Erkrankung bewusst wahrzunehmen und motiviert oder motivierbar, sich aus eigenem Antrieb in eine stationäre Behandlung zu begeben. Dies gilt nicht für die selteneren manischen Formen, die durch mangelnde Krankheitseinsicht charakterisiert sind (134).

Ärztliche Einweisungen bzw. Empfehlungen aus dem ambulanten Bereich überwogen insgesamt deutlich gegenüber denjenigen aus dem stationären Bereich. Dies entspricht den zunehmenden Maßnahmen zur De-institutionalisierung chronisch Kranker in Deutschland (47).

Die meisten Patienten kamen ohne vorherige ärztliche Einweisung in das BKH und ihre Zahl stieg im Beobachtungszeitraum an. Anteilmäßig folgten Einweisungen durch Praktische bzw. Allgemein- oder sonstige Ärzte, niedergelassene Psychiater oder Nervenärzte bzw. Psychotherapeuten, die Ambulanz des Bezirkskrankenhauses Augsburg und Notärzte. Mit Ausnahme der Aufnahmen durch die BKH-Ambulanz waren diese Werte allerdings rückläufig. Einweisungen aus dem stationären Bereich kamen überwiegend aus dem Zentralklinikum Augsburg.

Unter den hier ausgewählten Diagnosegruppen waren auch für dieses Item einige Unterschiede festzustellen.

Angesichts des vor allem bei den Gruppen F2 und F1 hohen und steigenden Anteils der nicht ärztlich eingewiesenen Patienten stellt sich die Frage, ob ein Teil dieser Aufnahmen bei frühzeitiger Konsultation eines Facharztes vermeidbar gewesen wäre. In diesem Zusammenhang ergab eine Studie von Hübner-Liebermann et al. allerdings, dass sich auch in dieser Gruppe angesichts des hohen ambulanten Versorgungsgrades psychischer Erkrankungen viele Patienten durchaus bereits in ambulanter hausärztlicher und/oder nervenärztlich/psychiatrischer Behandlung befanden. Zudem beschrieben die Autoren eine meist lang (über ein Jahr) andauernde aktuelle Krankheitsepisode, die dazu beigetragen haben könnte, dass diese Patienten auch ohne ärztliche Empfehlung den direkten Weg in die ihnen bereits bekannte stationäre Einrichtung gewählt hatten (74). Auch die hohe, wenn auch rückläufige Zahl an Einweisungen durch Praktische Ärzte ist aus den genannten Gründen bedenklich. Hiervon waren allerdings hauptsächlich demente Patienten betroffen. Dies könnte mit dem meist fortgeschrittenen Alter dieser Patienten und der damit einhergehenden Komorbidität zusammenhängen, die eine psychiatrische Erkrankung oft zur „Nebendiagnose“ werden lässt. Darüber hinaus spielt sicher auch die Schwierigkeit der Diagnosestellung der einzelnen Störungen eine Rolle, was im Falle der Schizophrenie die geringe Zahl an Einweisungen durch Praktische Ärzte erklärt. Am Bezirksklinikum Regensburg ergab sich hingegen zusätzlich zum hohen Anteil geriatrischer Patienten eine Zunahme der durch Allgemeinärzte überwiesenen Patienten der Gruppen F2 und F3. Ferner erwartet man dort eine wachsende Bedeutung der Hausärzte als „Lotsen“ in die psychiatrische Klinik, was die vorliegenden Daten eher nicht bestätigen (74). Das „diagnostische Defizit“ in Bezug auf Patienten mit affektiven Störungen besteht demzufolge im Einzugsgebiet des BKH Augsburg weiter und scheint angesichts der sinkenden Einweisungszahlen durch Allgemeinärzte den Angaben der Literatur entsprechend zuzunehmen (94). Ähnliches gilt für Schizophrenien.

In verschiedenen Studien wird darüber hinaus die Bedeutung des Vertrauensverhältnisses zwischen Hausarzt und Patient im Sinne seiner Nutzung zur Erhöhung der Krankheitseinsicht und Motivation zur psychiatrischen Behandlung herausgestellt (21, 51).

Mit Ausnahme von Personen mit Störungen nach F1, die ihre Erkrankung häufig verleugnen bzw. verdrängen und sich daher generell seltener in Behandlung bei niedergelassenen Nervenärzten befinden, wurden dennoch durchaus viele Patienten bereits vor der Aufnahme fachlich kompetent behandelt. So betrafen Einweisungen durch niedergelassene Psychiater, Nervenärzte oder Psychotherapeuten am häufigsten die Gruppen F3 und F2. Bei Patienten mit affektiven Störungen ist dies möglicherweise die Folge ihrer im Gruppenvergleich hohen Krankheitseinsicht. Dennoch war die stationäre Behandlung hier oftmals notwendig. Gründe hierfür sind möglicherweise die Schwere der Störung oder die Suizidalität, ein chronifizierter oder therapieresistenter Krankheitsverlauf oder mangelnde Betreuungskapazitäten der niedergelassenen Nervenärzte (74). Schizophrenien sind demgegenüber mit einer eher geringen Krankheitseinsicht verbunden (80). Hier ist nach Diagnostizierung der Störung angesichts ihrer Schwere eine fachlich kompetente Betreuung allerdings unumgänglich.

Einweisungen durch die Ambulanz des BKH betrafen überwiegend demente Patienten, wobei hier wie auch für die Zahl der durch niedergelassene Psychiater ausgesprochenen Empfehlungen zudem ein Anstieg zu verzeichnen war.

Der Anteil von Notärzten bzw. ärztlichen Notdiensten angeregter Aufnahmen lag für F1-Patienten u.a. aufgrund der erhöhten Intoxikationsgefahr, der Entzugssymptomatik sowie der Unfallgefahr im Gruppenvergleich am höchsten. Allgemein war ein alle Patienten betreffender Rückgang derartiger Empfehlungen zu beobachten. Dies könnte ein Hinweis auf eine zunehmend weniger gute Ausbildung der hier involvierten Ärzte auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen und ein damit verbundenes „Nicht-Erkennen“ der Krankheitssymptome sein, da andere Gründe wie beispielsweise ein allgemeiner Rückgang psychiatrischer Notfälle eher unwahrscheinlich erscheinen. Im Gegenteil kann eher von einer Zunahme ausgegangen werden, da psychiatrische Patienten v.a. aufgrund von Alkoholintoxikation, Suizidalität und Erregungszuständen die drittgrößte Patientengruppe in der Notfallmedizin darstellen (74).

Im Vergleich zu nicht ärztlich eingewiesenen Patienten sind die Zuweisungsraten durch Allgemeinärzte und Nervenärzte/Psychiater im BKH Augsburg wie auch im Bezirksklinikum Regensburg insgesamt gering. Andere Kliniken berichten hingegen über höhere Raten. Neben standortabhängigen Variablen wie der Kooperationsbereitschaft niedergelassener Kollegen, der infrastrukturellen Einbindung der jeweiligen Klinik etc. ist das Verhältnis ärztlich/nichtärztlich eingewiesener Patienten sicher auch diagnoseabhängig. So spielt am BKH Augsburg die Suchtabteilung eine bedeutende Rolle und stellt den größten Teil der Aufnahmen (s. oben). Da diese Patienten aus den oben genannten Gründen häufig von selbst in die Klinik kommen, erklärt dies u.a. die vergleichsweise hohen Zahlen nicht ärztlicher Einweisungen am BKH. In diesem Zusammenhang kamen Hübner-Liebermann et al. zur Schlussfolgerung, dass eine Förderung der Kooperation zwischen ambulant und stationär behandelnden Ärzten unerlässlich für die Qualität, Früherkennung und Fortdauer der Behandlung bei gleichzeitiger Reduzierung der Rehospitalisierungsraten ist. Zudem sollten vermehrte Schulungen für die oft von psychisch Kranken häufiger als von körperlich Kranken aufgesuchten Praktischen Ärzte dazu beitragen, Kosten für nicht erfolgte oder nicht indizierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu vermeiden und eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen (74). Hier wird in der Literatur der Wunsch der Allgemeinärzte nach praxisrelevanten Fortbildungen und auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Leitlinien genannt (29, 145). Darüber hinaus haben sich z.B. Qualitätszirkel zur Verbesserung der Prognose schizophrener Erkrankungen bereits als effizient im Sinne einer Reduktion der stationären Aufnahmehäufigkeit und Verweildauer um je 50 % gezeigt (168). Dies bestätigen auch Studien von Spießl et al. und nennen zudem die Berücksichtigung der Erwartungen und der Zufriedenheit ambulanter Zuweiser als wichtig für eine bessere Zusammenarbeit (152).

Ferner ist die hohe Zahl an Alkoholabhängigen im Frühstadium der Erkrankung zu bedenken, die in primärmedizinischen Einrichtungen wegen der alkoholbedingten Folgeerkrankungen aber keineswegs suchtspezifisch betreut werden (sog. „vergessene Mehrheit“) (163). Dies ist sicher ein wichtiger Ansatzpunkt zur kostengünstigen und effektiven Frühintervention durch fortgebildete Nichtspezialisten.

Da sich in einer Studie von Hübner-Liebermann et al. zeigte, dass neben diagnosespezifischen auch soziodemographische und behandlungsbezogene Variablen die Art der ärztlichen Einweisung beeinflussen, sollte auch im BKH Augsburg eine dementsprechende Auswertung bzw. Gegenüberstellung der verschiedenen BADO-Items angedacht werden (74).

Spießl und Cording kamen ferner zu dem Schluss, dass die Überweisung in die psychiatrisch-stationäre Therapie einen wesentlichen Problembereich der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und der Klinik darstellt. Sie nennen neben den oben genannten Patientenvariablen auch Einstellungen und psychiatrische Kompetenz des einweisenden Arztes sowie Einflüsse der psychiatrischen Klinik selbst (z.B. Wartezeiten, Kommunikation und Behandlungskompetenz) als bedeutend für das Überweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte (145).

Vor der stationären Aufnahme lebte der Großteil der Patienten in Privatwohnungen bzw. Wohngemeinschaften. Allgemein war hier allerdings ein leichter Rückgang festzustellen.

Im Gruppenvergleich fiel auf, dass Patienten der Gruppe F0 weitaus seltener in Privatwohnungen lebten als Patienten der anderen Diagnosegruppen. Bei allen Gruppen nahm dieser Wert leicht ab.

Die Wohnsituation dementer Patienten unterschied sich allgemein von der der anderen Diagnosegruppen durch den vergleichsweise hohen, im Gesamtverlauf aber, trotz eines Anstiegs im Jahr 2000, abnehmenden, Anteil in Altenheimen Lebender und das Fehlen von Patienten ohne festen Wohnsitz. Diese Beobachtungen entsprechen dem bei diesen Patienten meist fortgeschrittenen Alter, in dem einerseits der Aufenthalt in Altersheimen auch bei psychisch Gesunden häufig ist, andererseits die Krankheit durch ihre späte Manifestation weniger Auswirkung auf den sozialen Status der Patienten hat.

Patienten aus betreutem Einzelwohnen bzw. aus betreuten Wohngruppen gehörten meist den Gruppen F2 und F0 an, wobei ihre Zahl bei der letztgenannten Diagnosegruppe anstieg.

Diese beiden Gruppen stellten auch den Hauptanteil der in therapeutischen Heimen lebenden Patienten. Hier war allerdings eine gegenläufige Entwicklung im Sinne einer Abnahme dieses Wertes für schizophrene Patienten bei gleichzeitiger Zunahme für die Gruppe F0 zu beobachten. Diese Entwicklung entspricht dem im Zuge der Gesellschaftsüberalterung erfolgten Zuwachs der Alterspatienten, während die Möglichkeiten zur Eingliederung Schizophrener zunahmten.

Patienten ohne festen Wohnsitz fanden sich hauptsächlich in der Diagnosegruppe F1, gefolgt von schizophrenen Patienten. Bei beiden Gruppen fand sich zudem eine Tendenz zur Zunahme dieses Wertes. Wie bereits erwähnt war kein Patient der Gruppe F0 ohne festen Wohnsitz und auch bei Patienten mit affektiven Störungen fand sich diese Situation sehr selten.

Trotz der Schwere einiger der hier vorliegenden Erkrankungen lebten die meisten Patienten folglich in Privatwohnungen, wobei sich die Frage nach eventuellen Lebenspartnern stellt. Diese erweiterte Betrachtung der Wohnsituation ergab, dass etwa ein Drittel aller Patienten alleine in Privatwohnungen lebten, wobei hier allerdings ein Rückgang zu beobachten war. Relativ viele Patienten lebten vor der Aufnahme mit ihrem (Ehe-)Partner, ihren Kindern, ihren Eltern oder in Institutionen bzw. in betreutem Wohnen.

Immerhin 2,6 % aller Patienten waren im 5-Jahresdurchschnitt ohne festen Wohnsitz und ihre Zahl nahm zudem leicht zu. Bei der Frage nach der Wohnsituation ergab sich hier hingegen ein Durchschnittswert von 3 % und auch die Einzelwerte zeigten marginale Unterschiede. Diese erklären sich durch die eingabenbedingte Unschärfe. Die Verteilung und Entwicklung der Werte entsprach sich aber für beide Items (vgl. Tab. 4, 5, 27, 28, 50, 51, 73, 74, 96, 97).

Allein in Privatwohnungen lebende Patienten fanden sich in den Gruppen F2 und F1 etwas häufiger als in den beiden anderen. Während dieser Wert für schizophrene Patienten zunahm, ging er für die Gruppe F3 und F1 zurück.

Bei den Eltern lebten vor der Aufnahme vergleichsweise viele Schizophrene und Patienten der Diagnosegruppe F1, wobei für letztere ein Anstieg zu verzeichnen war. Diese Entwicklung deutet möglicherweise auf einen zunehmend früheren Krankheitsbeginn und einen Anstieg der durch diese Erkrankungen verursachten Defizite im Bereich sozialer Kompetenzen hin.

Aus Altersgründen lebten hingegen nur sehr wenige Patienten der Gruppe F0 bei ihren Eltern und auch die Zahl der mit dem (Ehe-)Partner lebenden Personen lag unter der entsprechenden für die Diagnosegruppen F3 und F1, aber über der für schizophrene Patienten. Diese Beobachtungen lassen sich einerseits durch die Schwere der einzelnen Störungen erklären. Hinzu kommt bei dementen Patienten das hohe Alter, in dem Lebenspartner eventuell bereits verstorben sind. Hier war allerdings in Folge der stetig wachsenden Lebenserwartung ein Anstieg der in Partnerschaften Lebenden zu verzeichnen.

Bei den Kindern lebten vor allem Patienten mit affektiven Störungen und aus der Gruppe F1. Demgegenüber lebten schizophrene und demente Patienten seltener bei ihren Kindern, wobei die Werte für letztere zurückgingen. Diese Abnahme könnte entweder als Auswirkung des Geburtenrückgangs oder aber eines zunehmend weniger ausgeprägten Familienzusammenhalts gedeutet werden.

Ein erheblicher Anteil der Patienten lebte somit vor der Aufnahme alleine in Privatwohnungen. Hier erstaunt angesichts der Schwere der vorliegenden Erkrankung vor allem die im Vergleich mit Patienten der Gruppe F3 hohe Zahl schizophrener Patienten, die alleine lebten. Allerdings lebten viele Schizophrene auch betreut oder bei den Eltern. Dies bestätigt die Annahme, dass sie häufig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Darüber hinaus fällt auf, dass diese Patienten selten eine eigene Familie gegründet hatten oder in einer Beziehung lebten. Dies erklärt sich aus dem meist frühen Erstmanifestationsalter schizophrener Störungen, in dem eine feste Beziehung häufig noch nicht besteht und der Schwere der Erkrankung, die die Patienten in ihrer Beziehungsfähigkeit vielfach stark einschränkt oder bestehende Beziehungen oftmals bis zum Scheitern belastet (61, 125). Hinzu kommt die häufig lange Dauer der unbehandelten Psychose, die psychosoziale Komplikationen wie familiäre Belastungen, Schulabbruch und Arbeitsverlust (s. unten) zur Folge hat (65). Angesichts dieser Tatsachen erscheint die Zahl der dennoch bestehenden Partnerschaften hoch und ist hinsichtlich der Verbesserung der Prognose sicher positiv zu werten. Allerdings dürften viele der Beziehungen nicht zu psychisch gesunden sondern zu ebenfalls schizophrenen Partnern bestehen.

Bei der eingeschränkten Fähigkeit schizophrener oder dementer Patienten zur selbständigen Lebensführung war erwartungsgemäß insgesamt ein verhältnismäßig hoher Anteil an vor der Aufnahme Betreuten bzw. in Altersheimen Wohnenden für diese beiden Gruppen festzustellen.

Bei Patienten mit affektiven Störungen war eine Betreuung vor der Aufnahme trotz durchaus bestehender Auswirkungen dieser Erkrankung im Alltag im Sinne von Defiziten u.a. im Privat- und Freizeitverhalten, mit Ausnahme der altersbedingt in Altersheimen Lebenden, meist nicht notwendig (34).

Dasselbe war für die Gruppe F1 festzustellen, da die Mehrzahl der von dieser Störung Betroffenen den Verlust der Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung lange leugnet. Da ferner die primäre Fähigkeit dieser Patienten zur Ausbildung sozialer bzw. familiärer Strukturen vergleichsweise wenig beeinträchtigt ist, war hier eine – mit Ausnahme der relativ hohen Zahl an Patienten ohne festen Wohnsitz – in etwa der bei nicht psychisch auffälligen Bevölkerungsgruppen entsprechende Lebenspartnersituation festzustellen. Dennoch sind viele der

bestehenden Beziehungen angesichts der erheblichen erkrankungsbedingten Belastungen meist nicht tragfähig und scheitern früh (141). Der oben genannte hohe und zudem zunehmende Anteil an Patienten dieser Diagnosegruppe, die ohne festen Wohnsitz sind, ist vermutlich einerseits auf die unter diesen Lebensbedingungen (Kälte etc.) häufig stark begünstigte Neigung zum Alkohol- oder Drogenmissbrauch zurückzuführen, andererseits aber sicher auch Folge der Erkrankung (142).

Auch schizophrene Patienten waren aufgrund der zu sozialem Abstieg führenden, mit dieser Störung verbundenen erheblichen psychosozialen Dysfunktionen vor der Aufnahme relativ häufig ohne festen Wohnsitz (89). Da sich die anderen beiden Erkrankungen vergleichsweise wenig auf den sozialen Status der Patienten auswirken, fanden sich hier sehr wenige bzw. keine Patienten ohne festen Wohnsitz.

Der Großteil der Patienten verfügte im hier erfassten Zeitraum über einen Hauptschulabschluss, wobei die Zahl derer ohne Qualifizierenden Abschluss höher war und im Zeitverlauf noch zunahm. Auch für die einzelnen Diagnosegruppen war diese Beobachtung zu machen. Hier fiel allerdings auf, dass Hauptschulabschlüsse ohne Qualifizierenden Abschluss bei Patienten der Gruppen F1 und F0 häufiger waren als bei den beiden anderen beschriebenen Gruppen. Demgegenüber verfügten Schizophrene oder Patienten mit affektiven Störungen eher über einen Qualifizierenden Abschluss. Abgesehen von der Gruppe F2 nahm die Zahl der Hauptschulabschlüsse ohne Qualifizierenden Abschluss allgemein zu. Derartige Abschlüsse mit Qualifizierendem Abschluss gingen hingegen für die Gruppen F3 und F0 zurück, während sie für die anderen beiden Gruppen zunahmen.

Ferner waren allgemein Fälle, in denen der zutreffende Schulabschluss nicht ermittelt werden konnte, vergleichsweise häufig, nahmen für das gesamte Patientengut aber ab. Für die Diagnosegruppe F0 stellten diese nicht klar definierbaren Schulbildungssituationen allerdings sogar die Mehrzahl der Eingaben und stiegen zudem anteilmäßig. Auch bei schizophrenen Patienten konnte der Schulabschluss häufig nicht eindeutig angegeben werden, wohingegen er bei der Gruppe F1 meist und zunehmend häufig bekannt war. Am seltensten blieb die Schulbildungssituation bei Patienten mit affektiven Störungen unklar. Hier fand sich allerdings eine Zunahme.

Über höhere Schulabschlüsse wie mittlere Reife oder ein (Fach-)Abitur verfügten am häufigsten Patienten der Gruppe F3, während derartige Abschlüsse für die Diagnosegruppe F0 am seltensten zu finden waren. Die Werte für die beiden anderen Gruppen befanden sich in Höhe der für „Alle Patienten“ ermittelten Durchschnittswerte.

Keinerlei Schulabschluss wurde in der Hauptsache bei schizophrenen Patienten angegeben, wobei hier allerdings ein Rückgang zu verzeichnen war.

Sonderschulabschlüsse waren insgesamt selten zu finden und fehlten bei Patienten der Diagnosegruppe F0 beinahe völlig, da in ihrer Jugend diese Schulform entweder noch nicht oder sehr selten vorhanden gewesen sein dürfte.

Allgemein ist das Bildungsniveau der im BKH behandelten Patienten, abgesehen von Patienten mit affektiven Störungen, eher durchschnittlich bzw. bei der Gruppe F0 niedrig. Bei letztgenannter Gruppe lässt sich dies am ehesten durch das meist fortgeschrittene Alter der Patienten erklären, in deren Jugend aufgrund zahlreicher äußerer Umstände wie beispielsweise einem größeren „Stadt-Land-Gefälle“, den Weltkriegen oder einem wenig emanzipierten Frauenbild verhältnismäßig wenigen Menschen das Privileg einer höheren Schulbildung zugänglich war.

Schizophrene Patienten sind hingegen in der Ausbildung angesichts des frühen Beginns sowie der Schwere der Erkrankung, die eine nachträgliche Schulausbildung stark erschwert, verständlicherweise eingeschränkt. Die

dennoch zu beobachtende leichte Tendenz zu einem steigenden Bildungsniveau dieser Patienten ist daher als positiv zu werten. Dieses schien demgegenüber bei Patienten der Gruppe F1 eher abzunehmen.

Die insgesamt hohe und teilweise zunehmende Zahl unbekannter Nennungen ist im Sinne der Qualitätssicherung durchaus bedenklich und lässt zudem die Frage offen, ob und wenn ja, über welche Abschlüsse diese Patienten verfügten. Für die Gruppe F0 dürfte der Grund für diese Unklarheit vermutlich die Schwierigkeit sein, diese Frage selbst mit Hilfe der Angehörigen zu beantworten, wobei sich dennoch wie bei den anderen Gruppen auch die Frage stellt, ob hier genügend intensiv nachgefragt wird. Bei dementen Patienten müssen darüber hinaus die teilweise nicht gegebene Vergleichbarkeit mit heutigen Abschlüssen (z.B. Differenzierung der Hauptschulabschlüsse) bzw. das Fehlen bestimmter Schulformen bedacht werden, die eine Zuordnung oft erschweren.

Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme war insgesamt nur etwas über ein Fünftel aller Patienten berufstätig und die Zahl der in Vollzeittätigkeiten Beschäftigten nahm im Gesamtverlauf ab. Gleichzeitig war ein Anstieg des vergleichsweise hohen Anteils der Arbeitslosen zu verzeichnen. Höhere Werte wurden ferner für Empfänger einer Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente bzw. Frührente oder einer Altersrente angegeben. Auch Sozialhilfeempfänger fanden sich unter den Patienten relativ häufig und ihre Zahl nahm zu.

Die Gegenüberstellung der einzelnen ICD-10-Gruppen ergab Folgendes:

Regelmäßig einer beruflichen Vollzeittätigkeit nachgehende Patienten gehörten meist, allerdings in abnehmender Zahl, den Gruppen F3 und F1 an. Demgegenüber war nur jeder 10te schizophrene Patient berufstätig und demente Patienten gingen meist keiner beruflichen Tätigkeit nach.

Dementsprechend minimal war auch die Zahl der arbeitslos Gemeldeten in dieser Gruppe, während sie für der Diagnosegruppe F1 angehörende Patienten deutlich höher als bei den anderen Gruppen lag und außerdem anstieg. Auch Sozialhilfeempfänger waren vor allem in der Gruppe F1 und bei schizophrenen Patienten zu finden. Bei beiden Gruppen war ein Anstieg dieses Wertes zu verzeichnen.

Unter den Empfängern der verschiedenartigen Renten waren ebenfalls deutliche Unterschiede festzustellen. So erhielten erwartungsgemäß Patienten der Gruppe F0 häufiger Alters- bzw. Witwenrenten als die restlichen Patienten. Nur bei Patienten mit affektiven Störungen fanden sich noch vergleichsweise viele Altersrentenempfänger. Demgegenüber waren EU-/BU- bzw. Frührentner zum Großteil schizophren und ihre Zahl stieg an. Auch Patienten, die anderweitig ohne berufliche Beschäftigung waren, gehörten meist dieser Gruppe an.

Die allgemein zu beobachtende Zunahme an aus verschiedenen Gründen (arbeitslos gemeldet, Sozialhilfe etc.) nicht berufstätigen Patienten kann als Folge der sinkenden Chancen wenig qualifizierter Bewerber auf dem Arbeitsmarkt gedeutet werden, wobei die bestehende psychische Störung die Situation sicher aggraviert. Angaben aus der Literatur zufolge sind psychische Erkrankungen mittlerweile die Hauptursache für eine Erwerbsunfähigkeit. Darüber hinaus wird und kann infolge der zunehmend individualistisch und kostenorientiert denkenden Gesellschaft immer weniger Rücksicht auf psychisch Kranke auf dem Arbeitsmarkt genommen werden. Diese Exklusion aus dem Erwerbsleben geht für die Betroffenen mit u.a. erheblichen psychologischen und kommunikativen Folgen einher und beeinträchtigt die Prognose der Störungen sicher eher negativ (47, 162). Auffällig ist vor allem die sehr hohe und ansteigende Zahl arbeitslos Gemeldeter in der Gruppe F1. Die Gründe für den Verlust des Arbeitsplatzes liegen bei diesen Patienten in der suchtbedingten Unzuverlässigkeit mit häufigen Krankheitsausfällen und Qualitätsdefiziten der ausgeführten Arbeit (102). Zudem ist das oben

beschriebene sinkende Bildungsniveau dieser Gruppe in diesem Zusammenhang zu bedenken. Natürlich kann die Arbeitslosigkeit angesichts der Häufung von Suchtstörungen in niederen sozialen Schichten neben Folge auch Ursache oder Trigger der vorliegenden Erkrankung sein (141).

Ähnliches gilt für Patienten mit affektiven Störungen. Auch hier kann die zunehmend sinkende Zahl der Berufstätigen durchaus als Ursache bzw. Verstärker der Erkrankung im Sinne einer psychoreaktiven Auslösung durch zusätzliche Minderung des ohnehin herabgesetzten Selbstwertgefühls dieser Patienten gedeutet werden (94). Umgekehrt sind mit affektiven Störungen v.a. bei häufigen Rezidiven verbundene lange Krankenhausaufenthalte und Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht selten der Grund der bestehenden Arbeitslosigkeit. Die hohe Zahl an Frührentnern oder nicht Berufstätigen unter den schizophrenen Patienten ist einerseits Folge der meist in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter gelegenen Erstmanifestation dieser Erkrankung und der damit verbundenen oftmals nicht abgeschlossenen bzw. nicht weit fortgeschrittenen Berufsausbildung sowie des meist chronischen Verlaufs dieser Störungen, andererseits repräsentieren diese Daten die Schwierigkeit der (Wieder-)Eingliederung dieser Patienten in ein normales Berufsleben (89, 109). Diese Reintegration wird zusätzlich durch die hohe Rate von Rezidiven (bis zu 80 %) in den ersten 5 Jahren nach der Behandlung verzögert bzw. behindert (126).

Für Patienten der Gruppe F0 entsprachen die beobachteten Daten angesichts des meist höheren Alters dieser Patienten den Erwartungen.

Insgesamt scheint die Auswirkung affektiver Störungen auf das Leben der Betroffenen im Sinne einer Einschränkung der Alltagsbewältigung, neben der bei Störungen nach F1, außerhalb der akuten Krankheitsepisoden vergleichsweise geringer zu sein (s. auch Wohnsituation).

Die beschriebene in der BADO gegebene Möglichkeit zur Soziodiagnostik ist aufgrund der starken interindividuellen Unterschiede in diesen Bereichen von großer Bedeutung für die Erstellung von angemessenen Maßnahmen zur Rehabilitation enthaltenden Behandlungsplänen (60).

Hinsichtlich des Alters der Patienten bei erster psychischer Auffälligkeit waren klare diagnosespezifische Unterschiede zu erkennen.

So war der Großteil der Patienten der Diagnosegruppe F2 zwischen dem 15ten und dem 40ten Lebensjahr erstmals psychisch auffällig geworden, wobei ein Maximum um das 20te Lebensjahr, gefolgt von einem etwas geringeren Anstieg um das 30te Lebensjahr zu verzeichnen war. Diese Beobachtungen entsprechen dem bei dieser Erkrankung meist in der Adoleszenzphase oder im frühen Erwachsenenalter gelegenen Erstmanifestationsalter, dem bei Frauen ein weiterer Gipfel in der Menopause folgt (61). Hier wäre somit eine Differenzierung der Eingaben nach Geschlechtern sinnvoll.

Demgegenüber fand sich für die Gruppe F3 eine relativ gleichmäßige Verteilung der angegebenen Erstmanifestationen auf den Zeitraum vom 15ten bis zum etwa 80ten Lebensjahr, da diese Störungsmuster, mit Ausnahme der seltenen und eher junge (etwa 15tes bis 30tes Lebensjahr) Menschen betreffenden bipolaren Formen in jedem Alter erstmalig in Erscheinung treten können (15, 134).

Wie bei der Diagnose F0 nicht anders zu erwarten, wurde der Großteil dieser Patienten zwischen dem 70ten und dem 90ten Lebensjahr erstmals auffällig (84).

Eine Störung nach ICD-10 F1 wurde hingegen in der überwiegenden Zahl der Fälle erstmalig vor dem 50ten Lebensjahr diagnostiziert, wobei der Großteil der Patienten bereits zwischen dem 20ten und 30ten Lebensjahr

auffällig wurde. Dies entspricht der in der Adoleszenzphase vergleichsweise labilen Persönlichkeitsstruktur vieler Jugendlicher, die die Entstehung dieser Erkrankung stark begünstigt (142).

Ferner fiel die relativ hohe Zahl unbekannter oder unklarer Eingaben zu diesem Item auf. Deren Anteil an der Gesamtfallzahl nahm allerdings nur für „Alle Patienten“ sowie für die Gruppe F1 jeweils im Jahr 2003 zu, während er bei Schizophrenen konstant blieb und für die anderen Gruppen rückläufig war. Die unscharfe Beantwortung dieser Frage ist vermutlich Folge der Schwierigkeit, den genauen Beginn psychischer Störungen zu bestimmen (vgl. unten). Sie macht aber auch gleichzeitig die Wichtigkeit einer konsequenten Kontrolle der durch die BADO generierten Daten deutlich.

Die Frage nach dem Jahr der ersten (teil-)stationären Behandlung muss hinsichtlich ihrer Aussagekraft kritisch betrachtet werden. Zudem war in den ersten Jahren dieser Erfassung ein sehr hoher Anteil an nicht erfolgten Eingaben zu verzeichnen, der in den Jahren 2002 und 2003 aber allgemein erfreulicherweise stark zurückging. Diese zunehmend gewissenhaftere Beantwortung auch dieser Rubrik der BADO seitens der behandelnden Ärzte kann als Erfolg der zahlreichen BADO-Schulungen am BKH Augsburg gedeutet werden. So waren nicht erfolgte Eingaben - auf das gesamte Patientengut bezogen - bis 2003 auf etwa die Hälfte der Fälle zurückgegangen, teils sogar noch stärker (bis zwei Drittel). Die fehlenden Werte für das Jahr 2000 deuten auf einen Erfassungsfehler hin, da dementsprechende Eingaben für die einzelnen Diagnosegruppen durchaus existieren (vgl. Tab. 8, 31, 54, 77, 100).

Der Rückgang unterlassener Eingaben war für die Gruppe F0 am stärksten, auch für depressive Patienten lag dieser Wert 2003 etwa zehnmal niedriger als 1999, bei der Gruppe F2 reduzierte er sich auf etwa ein Viertel (F1 etwa Halbierung). Diese Unterschiede hängen vermutlich mit der mehr oder weniger zuverlässigen Beantwortung der BADO durch die Ärzte der verschiedenen Stationen zusammen und sollten weiter beobachtet werden.

Allgemein zeigte sich ferner eine Konzentration der jeweiligen Eingaben auf die letzten 20 Jahre sowie eine Tendenz zum Anstieg in diesem Zeitraum, wobei diese Zunahme für die Gruppe F0 etwas später begann.

Im Beobachtungszeitraum über die Jahre 1999 bis 2003 wurden die Patienten hauptsächlich entweder innerhalb der ersten 3 Monate - und hier vor allem und in zunehmender Zahl nach 1-4 Wochen - oder erst ein Jahr nach Beginn der aktuellen Krankheitsmanifestation stationär aufgenommen. Dieses Bild blieb auch bei der differenzierten Betrachtung der einzelnen Diagnosegruppen mit kleinen diagnosespezifischen Unterschieden weitgehend erhalten.

Allgemein war, vor allem bei der Diagnosegruppe F1, ein vergleichsweise hoher, wenn auch im Sinne der Erfassungsqualität der BADO erfreulicherweise leicht rückläufiger Anteil an unbekanntem bzw. unklarem Nennungen festzustellen. Dies hängt wahrscheinlich mit der kritisch zu bewertenden Aussagefähigkeit dieses Items zusammen, da beispielsweise schon die genaue Bestimmung des Beginns der jetzigen Krankheitsmanifestation bei einigen Erkrankungen schwierig ist. Diese Unsicherheit in der Datenerfassung berücksichtigt die BADO durch den Zusatz „geschätzt“ bei diesem Item. So werden Einbußen in der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung und der kognitiven Fähigkeiten aufgrund ihres allmählichen Fortschreitens bei dementen Patienten beispielsweise oft erst in einem schweren Stadium der Krankheit, d.h. nach dem Überschreiten der sog. Wahrnehmungsschwelle, vom Umfeld bemerkt (84). Auch Schizophrenen bleiben oft jahrelang unerkannt, da sie häufig schleichend beginnen und die Prodromalsymptome eher unspezifisch sind (167). Diese oft lang

dauernde Phase der unbehandelten Psychose wirkt sich allerdings negativ auf Verlauf und Ausgang der Erkrankung aus, u. a. im Sinne eines gesteigerten Suizidrisikos, psychosozialer Defizite und vermehrter psychiatrischer Komorbidität (65, 89).

Trotz dieser Einschränkungen war für die Gruppen F2 und F3 eine Konzentration der Werte auf die ersten 3 Monate erkennbar. Schizophrene Patienten wurden hier tendenziell etwas früher aufgenommen, da sie meist im Rahmen der Exacerbation in eine psychiatrische Klinik kommen, während sich die Erkrankung bei den Gruppen F32/33 langsamer „anbahnt“. Für beide Gruppen zeigte sich allerdings eine leichte Tendenz zur Zunahme später erfolgter Aufnahmen. Dies könnte auf verbesserte Versorgungskonzepte auch außerhalb des stationären Settings hinweisen (46, 47, 81).

Da bei den Diagnosegruppen F0 und F1 eine ambulante Betreuung allgemein sicher einfacher zu realisieren ist als beispielsweise bei Schizophrenen, und diese Patienten ihre Erkrankung oftmals lange verdrängen bzw. verleugnen, häuften sich hier Fälle von nach einem Jahr erfolgten Aufnahmen. Dennoch war ein leichter Trend zur früheren Aufnahme beider Gruppen festzustellen. Dies hängt für die Diagnosegruppe F0 möglicherweise mit der „Überalterung“ in Deutschland bei gleichzeitig zunehmender Zahl Alleinstehender im Sinne einer Abnahme der Möglichkeiten zur ambulanten Betreuung dieser Patienten zusammen. Bei der Diagnosegruppe F1 können die Gründe dieser Entwicklung in der oft bestehenden Notwendigkeit einer akuten Intervention bei steigender Zahl an Störungen nach F19 und F11 gesucht werden. Dennoch ist bei Suchterkrankungen nach wie vor eine extreme Latenz zwischen Krankheitsbeginn und Inanspruchnahme fachlicher Hilfe zu verzeichnen (118).

Auf „Alle Patienten“ bezogen kam es in der überwiegenden Zahl der Fälle zu keiner Vorbehandlung. Anteilmäßig folgten ambulant psychiatrisch bzw. nervenärztliche oder ambulant bei Ärzten anderer Fachrichtungen durchgeführte Vorbehandlungen. Da Vorbehandlungen durch die Institutsambulanz erst seit 2001 in die BADO-Dokumentation integriert, aber bereits vorher praktiziert wurden, nahm ihre Zahl ab diesem Jahr stark zu. In diesem Zusammenhang fanden Spießl und Cording, dass trotz der Einrichtung von Institutsambulanzen niedergelassene Psychiater bzw. Nervenärzte und Allgemeinärzte weiterhin die entscheidende Rolle in der ambulanten Versorgung spielen (145).

Im Gruppenvergleich fanden sich Fälle von vor der stationären Aufnahme unbehandelten Patienten hauptsächlich in der Gruppe F1. Diese Diagnosegruppe wurde neben der Gruppe F0 auch am häufigsten in Zusammenhang mit Vorbehandlungen durch Ärzte anderer Fachrichtungen genannt. Die Werte für die Gruppe F0 nahmen im Zeitverlauf allerdings ab. Derartige Vorbehandlungen wurden bei Patienten mit affektiven Störungen seltener, aber zunehmend angegeben.

Ambulant psychiatrische bzw. nervenärztliche Vorbehandlungen erfolgten meist, aber in abnehmender Häufigkeit bei schizophrenen und unter affektiven Störungen leidenden Patienten. Auch Patienten mit Störungen nach ICD-10 F0 wurden vergleichsweise häufig und in ansteigender Zahl ambulant psychiatrisch oder nervenärztlich vorbehandelt, während derartige Nennungen für die Gruppe F1 selten waren.

Vorbehandlungen durch die Institutsambulanz betrafen in der Hauptsache Patienten der Gruppe F0, gefolgt von schizophrenen und F3-Patienten. Aufgrund der oben genannten fehlenden Daten für die Jahre 1999 und 2000 sind Durchschnittswerte hier nicht aussagekräftig. Hübner-Liebermann nennen hingegen F1-Substitutionspatienten gefolgt von den Gruppen F2 und F5 und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen als überwiegendes Klientel ihrer Institutsambulanz am Bezirksklinikum Regensburg (74).

Ferner fiel auf, dass nur Patienten mit affektiven Störungen vergleichsweise häufiger vor der Aufnahme psychotherapeutisch behandelt wurden. Stationär somatische Vorbehandlungen fanden sich hingegen angesichts der altersbedingt erhöhten Komorbidität dieser Patienten meist für die Gruppe F0. Teilstationär durch die eigene Klinik wurden zumeist schizophrene und Patienten mit affektiven Störungen im Vorfeld der Aufnahme behandelt.

Der Schwere und Komplexität dieser beiden Erkrankungen entsprechend, die Patienten wie Angehörige zur frühzeitigen Konsultation eines Facharztes veranlasst, war allgemein festzustellen, dass diese Patienten (v.a. schizophrene) hauptsächlich fachspezifisch psychiatrisch vorbehandelt wurden. Die relativ hohe und zudem ansteigende Zahl der Patienten der Gruppe F3, die von Ärzten anderer Fachrichtungen vorbehandelt wurden, gibt allerdings zu bedenken, dass diese die vorliegende Störung häufig nicht erkennen und somit viele Patienten, trotz bestehenden psychiatrischen Behandlungsbedarfs, nicht oder nicht fachgerecht früh- bzw. rechtzeitig therapiert werden. Daher stellt gerade die Fortbildung der Primärärzte einen wichtigen Ansatz dar, die angesichts der hohen Chronifizierungs- und Suizidrate eher ungünstige Prognose auch dieser Erkrankung zu verbessern sowie die Kosten durch erweiterte ambulante Betreuungsmöglichkeiten zu senken (94).

Demgegenüber war für die Gruppe F0 erfreulicherweise eine Tendenz zur zunehmenden Konsultation eines Facharztes zu verzeichnen. Die Gründe hierfür liegen vermutlich einerseits in der häufig starken Belastung der Angehörigen durch die Demenz, andererseits in einer verbesserten Aufklärung der Patienten bzw. ihrer Angehörigen über die Erkrankung sowie abnehmender Scheu vor psychiatrischen Behandlungen (85).

Die angesichts der vorliegenden Erkrankung für die Gruppen F2, 3 und 0 vergleichsweise große Zahl nicht oder nicht fachspezifisch vorbehandelter Patienten wirft die Frage auf, ob einige dieser stationären Aufenthalte bei adäquater Vorbehandlung eventuell vermeidbar gewesen wären (145). Demgegenüber ist dies bei Patienten der Gruppe F1, die ihre Erkrankung meist längstmöglich verbergen wollen, verständlich, so dass fachspezifische Behandlungen im Vorfeld allgemein eher die Ausnahme darstellen (118, 130).

In Zukunft sind eine stärkere Verzahnung der verschiedenen psychiatrischen Behandlungsangebote sowie Bemühungen, die Grenzen zwischen ambulantem und (teil-)stationärem Bereich durchlässig zu machen wichtig, um Behandlungskontinuität zu gewährleisten, Versorgungslücken zu vermeiden und keine Ressourcen durch Doppelbetreuung zu verschwenden (161).

Für das gesamte Patientengut überwogen Fälle von aufgrund der „Verschlechterung eines chronischen Zustandes“ oder des „Wiederauftretens eines ähnlichen früheren Zustandes“ erfolgter Aufnahmen. Hier zeigte sich vor allem für das Jahr 2001 eine gegenläufige Entwicklung im Sinne einer Zunahme „verschlechterter“ bei gleichzeitiger Abnahme „wieder aufgetretener Zustände“.

Auch bezogen auf die einzelnen Diagnosegruppen fiel auf, dass die Mehrzahl der Aufnahmen aufgrund einer Verschlechterung chronischer Zustände erfolgte. Nur bei Patienten mit affektiven Störungen wurde das „Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes“ häufiger, wenn auch in abnehmender Zahl, als Aufnahmegrund angegeben. Dies deutet darauf hin, dass bei dieser Erkrankung außerhalb der Episoden eine deutliche Remission bzw. Response auf die Therapie zu verzeichnen ist, die bei den anderen Gruppen zu fehlen scheint.

Ein „deutliches Abweichen von früheren Zuständen“ führte hingegen lediglich bei der Gruppe F0 in relativ hoher und zunehmender Zahl zur stationären Aufnahme, was eventuell auf einen Anstieg mehrfach psychisch erkrankter Patienten in dieser Gruppe hindeutet. Andere Gründe für diese Beobachtung könnten auch in der

oftmals verzögerten Diagnosestellung einer Demenz oder im teilweise sprunghaften Fortschreiten gewisser Formen wie z. B der vaskulären Demenzen liegen.

Ferner zeigte sich, dass bei den meisten Patienten die jeweils bestehende Erkrankung bereits lange vor der aktuellen Aufnahme bekannt war.

Fälle von Therapieresistenz schienen bei affektiven Störungen leicht zugenommen zu haben. Demgegenüber waren Aufnahmen bereits beim erstmaligen Auftreten der Erkrankung für diese Gruppe rückläufig, während sie bei F2 und F0 vermutlich aufgrund fehlender ambulanter Betreuungsmöglichkeiten (alleinstehend, Angehörige berufstätig etc.), Aggression, Suizidalität (bei F2) sowie der Weglaufgefahr zunahmen.

Bedenklich erscheint für die Gruppe F1 angesichts der starken Rückfallgefährdung im ambulanten Bereich die vergleichsweise selten bereits bei den ersten Krankheitsanzeichen erfolgte stationäre Aufnahme (102). Möglicherweise handelt es sich hier um Zeichen der ungenügenden Behandlungswilligkeit und Krankheitseinsicht.

Die allgemeine Zunahme verschlechterter chronischer Zustände hängt möglicherweise mit dem wie oben beschrieben in den letzten Jahren zunehmend schlechter werdenden Lebensstandard eines Großteils der hier erfassten Patienten zusammen, die einen psychisch Kranken verständlicherweise noch stärker belasten als einen gesunden Menschen.

Hinsichtlich eventueller Bedrohungen bzw. Tötlichkeiten im Vorfeld der stationären Aufnahme war festzustellen, dass die überwiegende Mehrheit aller Patienten nicht auffällig geworden war. Verhältnismäßig häufig wurden dennoch Fälle von bedrohlichem Verhalten ohne Tötlichkeiten und von leichten Körperverletzungen beobachtet.

Verglichen mit den anderen hier beschriebenen Diagnosegruppen zeigte sich eine erhöhte und zudem leicht zunehmende Neigung zu hostilem Verhalten bei dementen Patienten. Diese hohe Aggressivität dürfte in vielen Fällen auch ein Hauptgrund für die stationäre Aufnahme sein, da diese Verhaltensauffälligkeiten die betreuenden Angehörigen in höchstem Maß belasten. Sie treten auch zusammen mit den oftmals im Rahmen demenzieller Erkrankungen zu beobachtenden psychotischen Phänomenen auf (53).

Schizophrene Patienten zeigten ebenfalls eine relativ hohe, wenn auch geringere Neigung zu hostilem Verhalten, was in einer Untersuchung von Lambert et al. in Zusammenhang mit krankheitsbedingtem Wahn diskutiert wird (89).

Demgegenüber scheinen Patienten mit affektiven Störungen und in der zunehmenden Zahl der Fälle auch Patienten der Gruppe F1 ihre Aggressionen in Form suizidaler Ausschreitungen hauptsächlich gegen sich selbst zu richten (s. unten).

Insgesamt ist festzustellen, dass es sich bei den genannten Ausschreitungen vor der Aufnahme meist um bedrohliches Verhalten ohne Tötlichkeiten oder leichte Körperverletzungen handelte. Sachbeschädigungen fanden sich beinahe ausschließlich bei schizophrenen Patienten. Auch schwere Körperverletzungen waren sehr selten zu finden, wobei nur für die Gruppen F1 und F2 im 5-Jahresdurchschnitt mehr als ein derartiger Fall beobachtet wurde.

Auch während des stationären Aufenthalts kam es bei einem Großteil aller Patienten weder zu Bedrohungen noch zu Tötlichkeiten, wobei darüber hinaus eine leichte Abnahme dieses Wertes zu beobachten war. An

hostilem Verhalten wurden wieder meist bedrohliches Verhalten ohne Tötlichkeiten und leichte Körperverletzungen registriert.

Der Gruppenvergleich ergab auch hier eine erhöhte Neigung zu Bedrohungen oder Tötlichkeiten bei Patienten der Gruppe F0, die vor allem aufgrund ihrer Tendenz zur Zunahme selbst im stationären Setting beobachtet werden sollte. Ferner fielen, verglichen mit den beiden anderen Gruppen, auch schizophrene Patienten relativ häufiger durch ihr hostilem Verhalten auf. Mit Ausnahme von Fällen leichter Körperverletzungen bei dementen Patienten überwog bei allen Gruppen bedrohliches Verhalten ohne Tötlichkeiten gegenüber anderen Ausschreitungen.

Allgemein lassen diese Daten für die Neigung zu hostilem Verhalten eine, im stationären Setting erfolgte, deutliche Besserung verglichen mit der Aufnahmesituation erkennen (s. oben). Diese kann einerseits als Therapieerfolg, andererseits als Folge der unter stationären Bedingungen besseren Betreuungsmöglichkeit der Patienten gedeutet werden.

Angesichts der hohen Zahl an nicht zu aggressivem Verhalten neigenden Patienten konnte in den meisten Fällen auf Fixierungen im Verlauf des stationären Aufenthalts verzichtet werden. Isolierungen werden am BKH Augsburg nicht durchgeführt. Kamen Fixierungsmaßnahmen zum Einsatz, so geschah dies in etwa gleicher Häufigkeit einmalig wie mehrmals. Die tatsächlichen Fallzahlen ergaben hingegen ein leichtes Überwiegen mehrmaliger gegenüber einmaligen Fixierungen. Auch Spießl et al. fanden eine Fixierungsrate von ca. 10 %, die aber tendenziell zunahm (152).

Aufgrund der häufig gegebenen Sturzgefahr, fehlender Absprachemöglichkeiten und ihrer vergleichsweise hohen Aggressionsbereitschaft mussten Patienten der Gruppe F0 im Beobachtungszeitraum in einer stark zunehmenden Zahl der Fälle fixiert werden, wobei diese Maßnahmen hauptsächlich mehrmals erforderlich waren. Diese Entwicklung deckt sich mit der oben beschriebenen, in den erfassten Jahren deutlich angestiegenen Aggressivität dieser Patienten (53).

Schizophrene Patienten wurden ebenfalls vergleichsweise häufiger fixiert. Dies erfolgte in etwa gleicher Zahl einmalig und mehrmals, wobei diese Verteilung relativ konstant blieb. Auch Allan et al. fanden eine aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten gegebene Notwendigkeit zur mindestens einmaligen Fixierung schizophrener Patienten im Krankheitsverlauf in ca. 10 % der Fälle (5).

Für die anderen beiden Gruppen war, ihrer nur gering ausgeprägten Neigung zu hostilem Verhalten entsprechend, eine sehr geringe Notwendigkeit zum Einsatz von Fixierungsmaßnahmen im Zuge der stationären Behandlung festzustellen.

Im hier erfassten Zeitraum hatte etwa ein Viertel aller Patienten im Vorfeld der stationären Aufnahme bereits einen Suizidversuch verübt, wobei eine leicht zunehmende Tendenz zu verzeichnen war. Dies entspricht auch den Literaturangaben (15, 137).

Suizidversuche wurden bei den Diagnosegruppen F2, F3 und F1 vor der Aufnahme in etwa gleich häufig beobachtet. Demgegenüber waren derartige Versuche bei Patienten der Gruppe F0 sehr selten. Dies aufgrund der Tatsache, dass im BKH hauptsächlich Patienten mit Demenzen im Vollbild aufgenommen werden, die eine geringere Suizidneigung bzw. eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zu dessen Durchführung aufweisen dürften.

Patienten, die noch niemals einen Suizidversuch verübt hatten, gehörten folglich überwiegend und in zunehmender Zahl der Gruppe F0 an. Mit ebenfalls steigenden Werten folgten die Gruppen F1 und F3. Bei schizophrenen Patienten fand sich diese Nennung, trotz einer Tendenz zur Zunahme, insgesamt am seltensten.

Demgegenüber waren unbekannte bzw. unklare Eingaben für diese Gruppe am häufigsten zu finden. Hier war allerdings eine Abnahme zu verzeichnen.

Die Gesamtfallzahl der Suizidversuche blieb, abgesehen von geringgradigen Schwankungen bei allen Gruppen relativ konstant. Die Überarbeitung der BADO im 2. Halbjahr 2001 mit Einführung einer Differenzierung der positiven Antworten ergab allerdings eine Abnahme der unmittelbar im Vorfeld der Aufnahme erfolgten Suizidversuche bei gleichzeitiger Zunahme der jemals früher durchgeführten Suizidversuche.

Insgesamt bestätigen diese Daten das bekanntlich vergleichsweise erhöhte Suizidrisiko der Gruppen F1, F2 und F3, wobei bei Patienten mit affektiven Störungen der Suizidversuch häufiger in direktem Zusammenhang mit der stationären Aufnahme zu stehen scheint als bei den anderen beiden Gruppen (26, 89). Für die Diagnosegruppe F0 waren hingegen nur wenige Fälle von Suizidversuchen bekannt. Die dennoch durchgeführten Suizidversuche haben möglicherweise, angesichts des eher fehlenden zeitlichen Zusammenhangs mit der aktuellen stationären Aufnahme, keinen Bezug zur aktuellen Krankheitsepisode oder könnten im Anfangsstadium der Erkrankung erfolgt sein, in dem der starke Leidensdruck der bewusst wahrgenommenen Zunahme kognitiver Defizite viele Patienten zu Suizidversuchen bzw. Suiziden veranlasst.

Die allgemein und vor allem für die Gruppe F2 zu beobachtende Zunahme negativer Eingaben bei gleichzeitigem Rückgang unbekannter bzw. unklarer Nennungen kann angesichts der relativ konstanten Zahl positiver Eingaben vermutlich als eine Umverteilung der Werte gedeutet werden. Dies wäre im Sinne der Qualitätssicherung als positiv zu bewerten.

Ferner war der überwiegende und zunehmende Teil der erfassten Patienten im Vorfeld der aktuellen Aufnahme als nicht suizidal beurteilt worden. Dem bereits beschriebenen, diagnoseabhängig unterschiedlich stark ausgeprägten Suizidrisiko entsprechend, waren Patienten der Gruppe F0 nur sehr selten, Patienten mit affektiven Störungen hingegen am häufigsten als suizidal eingestuft worden. Allgemein war im erfassten Zeitraum ein Rückgang der zu beobachtenden Suizidalität bei allen Gruppen zu verzeichnen, während negative Eingaben zu dieser Fragestellung entsprechend zunahmen.

Diese Daten deuten angesichts der insgesamt höheren positiven Eingaben für die Diagnosegruppe F3, bei sich in etwa entsprechenden restlichen Werten (abgesehen von negativen Nennungen), darauf hin, dass die im Zuge affektiver Störungen zu beobachtende Suizidalität die ebenfalls vergleichsweise erhöhte bei Patienten der Gruppen F2 und F1 noch übertrifft (26).

Erfreulich ist die, für schizophrene Patienten allerdings geringere, allgemein zu beobachtende Abnahme der Suizidalität im Vorfeld der stationären Aufnahme. Diese wird durch die Werte für Suizidversuche vor der Aufnahme allerdings nicht ganz bestätigt.

Neben dieser Diskrepanz fällt auf, dass sich allgemein die Werte für Suizidversuche (höher) und für Suizidalität (niedriger) nicht entsprechen (s. oben). Dies liegt möglicherweise an der größeren Schwierigkeit, eine vorbestehende Suizidalität zu eruieren oder an der geringeren Gewichtung dieses Items im Vergleich zum erfolgten Suizidversuch von Seiten der dokumentierenden Ärzte.

In letzter Zeit wird häufig eine verstärkte Suizidalität unter Antidepressiva (v.a. SSRI) diskutiert. Daher ist die Erfassung dieser Daten auch von großer therapeutischer Bedeutung, da vor allem bei bekannter Suizidalität verstärkt auf deren eventuelle Zunahme während der Antidepressivatherapie geachtet werden sollte (15).

Während des stationären Aufenthalts verübte der überwiegende Teil aller Patienten keinen Suizidversuch. Die verschiedenen klassifizierten Suizidversuche blieben zudem anteilmäßig jeweils unter 1 %. Suizide ereigneten sich im Beobachtungszeitraum in durchschnittlich 0,11 % der Patientenfälle. Dies entspricht der in einer ebenfalls auf der DGPPN-BADO basierenden Studie zu Patientensuiziden im Bezirksklinikum Regensburg beschriebenen durchschnittlichen jährlichen fallbezogenen Suizidrate von 0,08 % bzw. 1 bis 7 Suiziden. Auch das dort gefundene Verhältnis Suizid zu Suizidversuch von 1:10 deckt sich in etwa mit den hier gefundenen Daten (73).

Auch für dieses Item waren je nach Art der vorliegenden Erkrankung Unterschiede festzustellen:

So verübte im Beobachtungszeitraum kein Patient der Gruppe F0 einen Suizidversuch.

Patienten mit affektiven Störungen waren am ehesten zu derartigen Versuchen geneigt. Sicher gefährliche Suizidversuche erreichten dementsprechend nur für diese Gruppe vergleichsweise höhere Werte. Die Zahl der durch diese Patienten verübten Suizide war mit zwei Fällen im Jahr 1999 und einem im Jahr 2003 zwar leicht rückläufig, schwankte zwischenzeitlich aber stark (kein derartiger Vorfall im Jahr 2001, 4 Fälle im Jahr 2002).

Ebenfalls relativ erhöht war die Suizidneigung schizophrener Patienten, wobei hier in den Jahren 1999, 2001 und 2003 jeweils ein, im Jahr 2000 kein und im Jahr 2002 zwei Suizide zu verzeichnen waren.

Demgegenüber waren Suizide in der Diagnosegruppe F1, abgesehen von 2 Fällen im Jahr 2003, nur selten. Hier ist das Problem der kleinen Zahlen zu bedenken, infolgedessen auch kleine Anstiege dramatisch erscheinen (49). Dennoch sollte diese am Ende des Beobachtungszeitraums erfolgte relativ starke Zunahme weiter beobachtet werden, da sie auch Ausdruck klinikinterner Struktur- oder Konzeptänderungen in diesem Jahr sein könnte (135, 165). Ferner widerspricht diese Beobachtung der auch für diese Gruppe oben beschriebenen Abnahme der Suizidalität im Vorfeld der Aufnahme.

Wie für die Neigung zu hostilem Verhalten ist auch für die vor der stationären Aufnahme - außer für Patienten der Diagnosegruppe F0 - hohe Suizidneigung der beschriebenen Gruppen, eine deutliche Besserung im stationären Setting zu erkennen. Die Gründe für diese Entwicklung dürften hier ähnlich sein (s. oben). Zudem ist zu bedenken, dass gemäß dem Glossar zur BADO auch Ausgang, Beurlaubung, Entweichung oder Verlegung (z.B. nach Suizidversuch) unter die Definition „stationärer Aufenthalt“ fallen. Tatsächlich haben zahlreiche Studien auch ergeben, dass sich diese Suizide größtenteils außerhalb des Klinikgeländes ereignen (im Bezirksklinikum Regensburg über 75 % der Fälle) (73).

In der vorliegenden wie in anderen Studien (z.B. an psychiatrischen Universitätskliniken) schienen affektive Störungen einen noch größeren Risikofaktor für einen Kliniksuiizid darzustellen als schizophrene Erkrankungen (1, 10, 123, 155). Demgegenüber fanden Hübner-Liebermann et al. und andere Autoren einen signifikant risikoe erhöhenden Effekt nur für Schizophrenie (54, 73, 77, 157, 165). Mögliche Gründe hierfür sind eine unterschiedliche Patientenklientel der einzelnen Studien oder eine erhöhte Bewertung der vor einem Suizid bei allen Patienten im Vordergrund stehenden affektiven Symptomatik bei der Diagnosestellung. Desweiteren könnte auch die Geschlechterverteilung eine Rolle spielen, da männliche Suizidenten eher an Schizophrenie, weibliche hingegen eher an affektiven Störungen leiden. In einer Studie am Bezirksklinikum Regensburg wurden ferner auch die Faktoren kumulierte Verweildauer, Teilzeitbeschäftigung und Ausbildung/Umschulung

als Suizidprädiktoren identifiziert (73). Es scheint insgesamt, dass Suizidenten meist chronisch erkrankt sind, Beeinträchtigungen im sozialen Bereich aufweisen und diese auch als solche wahrnehmen (44).

Die BADO kann hier somit durchaus bei Beachtung der entsprechenden Aufnahmeitems zur Vermeidung von Suiziden im Sinne einer besonderen Beobachtung der betreffenden Patienten beitragen (164). In der Regensburger Studie zeigte sich auch das im BKH Augsburg durch die BADO bis 2005 nicht erfasste Item „früherer Suizidversuch“ als prädiktiv für einen Kliniksuiizid, wohingegen die hier erfassten Variablen „Suizidalität“ und „Suizidversuch im Vorfeld der Aufnahme“ keine Prädiktoren darzustellen schienen (73).

Auf eine medikamentöse Unterstützung der Therapie wurde nur bei etwa einem Zehntel aller im Beobachtungszeitraum im BKH behandelten Patienten verzichtet und derartige Fälle waren zudem rückläufig. An Psychopharmaka kamen vor allem und in steigender Zahl Antidepressiva und atypische Antipsychotika, gefolgt von Benzodiazepinen und konventionellen Antipsychotika zum Einsatz. Ferner wurden andere Tranquilizer bzw. Hypnotika und Carbamazepin in jeweils zunehmender Häufigkeit verordnet.

Es erstaunt wenig, dass vor allem in Bezug auf die pharmakologische Therapie große Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen festzustellen waren.

So wurde lediglich bei Patienten mit Störungen nach ICD-10 F1 vergleichsweise häufig, wenn auch in einer stark rückläufigen Zahl der Fälle, von einer medikamentösen Unterstützung der Therapie abgesehen. Dieses Ergebnis überrascht, da im BKH als Akutklinik hauptsächlich Entgiftungen stattfinden, in deren Zuge eine symptomatische und protektive medikamentöse Behandlung des (körperlichen) Entzugssyndroms meist unumgänglich ist (16). Es dürfte sich in diesen Fällen um Mehrfachaufnahmen, Abbrüche der Entgiftung oder Patienten mit dem Wunsch nach einer verfrühten Entlassung gehandelt haben.

Auch F0-Patienten wurden zunehmend Psychopharmaka verordnet.

Bei Schizophrenen und bei Patienten mit affektiven Störungen wurde hingegen, vermutlich angesichts der Schwere der vorliegenden Erkrankungen, in anhaltend geringer Zahl auf Psychopharmaka verzichtet. Ein derartiges Vorgehen wäre bei Schizophrenen höchst bedenklich. Bei mittelschweren bis schweren depressiven Episoden stellen Antidepressiva die Mittel der ersten Wahl dar (15).

Ferner war festzustellen, dass die in den letzten zehn Jahren erfolgte Einführung zahlreicher neuer Medikamente wie atypischer (Depot-)Antipsychotika, SSRI und anderer moderner Antidepressiva, Benzodiazepin-Agonisten, Cholinesteraseblockern etc. deutliche Auswirkungen auf die am BKH Augsburg angewandte stationäre Psychopharmakatherapie hatte. So zeigte sich eine starke Tendenz zur zunehmenden Therapie schizophrener Erkrankungen mit atypischen (Depot-)Antipsychotika, wohingegen die Verordnung konventioneller Präparate seltener und rückläufig war. Da das atypische Depot-Antipsychotikum Risperidon Microspheres erst seit dem Jahr 2001 zu Studienzwecken am BKH verfügbar war (Zulassung in Deutschland 2004), überwogen in diesem Bereich im 5-Jahresdurchschnitt zwar konventionelle Präparate, im Jahr 2003 wurden beide Substanzklassen aber bereits gleich häufig genannt. Demnach richtet sich die Verordnungspraxis im BKH, im Gegensatz zu den Ergebnissen aus Studien an anderen Kliniken (159), unter anderem aufgrund der zahlreichen hier stattfindenden Fortbildungen nach den Empfehlungen und Leitlinien zur Bevorzugung atypischer Antipsychotika (17, 78, 87, 96, 105, 116). Dies ist erfreulich, da sie ihren klassischen Vorläufern gegenüber, bei gleicher bis besserer antipsychotischer Wirkung, hinsichtlich der geringeren Gefahr extrapyramidalmotorischer Nebenwirkungen und von Spätdyskinesien, der besseren Erfolge bei der Behandlung der anderweitig schwer therapierbaren Negativsymptomatik und kognitiver Symptome, des geringeren Anstiegs des Prolaktinspiegels etc. deutlich

überlegen sind (16, 36). Zudem sollen therapeutische Leitlinien in Deutschland nach dem Sozialgesetzbuch in Zukunft Grundlage zur Beurteilung der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sein (122).

Auch das in der Rezidivprophylaxe, bei Therapieresistenz, bei nicht tolerierbaren EPMS sowie bei Negativsymptomatik wertvolle Atypikum Clozapin wurde F2-Patienten vergleichsweise häufig verordnet, nahm aber anteilmäßig ab. Dies dürfte auf seine starken Nebenwirkungen (Agranulozytoserisiko, Gewichtszunahme, Diabetesinduktion sowie Senkung der Krampfschwelle mit der Gefahr der dosisabhängigen Induktion epileptischer Manifestationen) und die erforderlichen zeitaufwendigen Kontrolluntersuchungen zurückzuführen sein (41, 64, 98).

Die in der Literatur mehrfach geäußerte Befürchtung einer Unterversorgung der Patienten mit Atypika in Deutschland aufgrund von Budgetkürzungen findet somit im stationären Setting des BKH für Schizophrene keine Bestätigung (12, 132).

Dies gilt ferner auch für die Gruppen F0 und F3, bei denen diese Medikamente oft als Zusatzmedikation indiziert sind, was auch der Grund für die beinahe oder gänzlich fehlende Verwendung von Depot-Präparaten und Clozapin in diesem Zusammenhang (wie auch bei F1-Patienten) sein dürfte.

Entgegen ihrer Hauptindikation wurden Antipsychotika dementen Patienten im Durchschnitt sogar häufiger als Schizophrenen verordnet. Bei dieser Erkrankung dienten sie zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten in entsprechend geringerer Dosierung als bei schizophrenen Patienten (53). Es muss allerdings eingeräumt werden, dass demente Patienten trotz der Tendenz zu Atypika relativ oft konventionelle, und hier vermutlich vor allem niederpotente und somit stärker sedierend wirkende Präparate (wie z.B. Melperon, Pipamperon, Thioridazin) erhielten, die ein geringeres Risiko von EPMS mit sich bringen als hochpotente konventionelle Antipsychotika. Ein Grund hierfür ist vermutlich, dass im Beobachtungszeitraum nur wenige Erfahrungen über die Wirksamkeit und Verträglichkeit von neueren Antipsychotika wie Risperidon und Olanzapin bei Demenzkranken vorlagen (85). Eine weitere Ursache liegt in den Warnungen der US-amerikanischen Zulassungsbehörde FDA (Food and Drug Administration) und der verschiedenen Hersteller (Lilly, Janssen-Cilag), die auf ein erhöhtes Mortalitätsrisiko infolge kardiovaskulärer Ereignisse bei über 65jährigen unter einer Behandlung mit Olanzapin, Aripiprazol, Risperidon oder Quetiapin hinweisen. Daher wird derzeit nur bei Fehlen vaskulärer Risikofaktoren die Verwendung dieser Präparate bei ausgeprägter psychomotorischer Unruhe/Aggressivität bzw. paranoid-halluzinatorischen Syndromen im Rahmen von Demenzerkrankungen empfohlen (53).

Vergleichsweise häufiger wurden Antipsychotika (nicht Depot) ferner bei wahnhafter Depression sowie gelegentlich bei manischen Formen affektiver Störungen verordnet (95, 129, 154). Hier wurden zumeist atypische Antipsychotika genannt, deren Zahl im Gegensatz zu den anderen Gruppen konstant blieb. Demgegenüber ging die hier allgemein seltenere Verwendung konventioneller Antipsychotika zurück. Der Grund für die Bevorzugung von Atypika in diesem Zusammenhang liegt vermutlich im mit ihnen verbundenen geringeren EPMS-Risiko, das bei diesen Patienten allgemein erhöht ist, sowie in der geringeren Gefahr der Entwicklung von Depressionen nach Abklingen der Manie unter atypischen Präparaten (16).

Im Bereich der Antidepressiva ließ sich für alle Gruppen ein Anstieg ihrer Verordnungshäufigkeit feststellen. Dies ist eventuell als Folge der Einführung der oben genannten neuartigen Präparate zu deuten, die sich vor allem durch ihre bessere Verträglichkeit auszeichnen, kann aber nicht mit Sicherheit angenommen werden, da die seit 2001 erfolgte differenzierte Auflistung der einzelnen Antidepressiva in der BADO in dieser Arbeit nicht berücksichtigt wurde.

Wie zu erwarten wurden Antidepressiva überwiegend zur Therapie affektiver Störungen herangezogen, wobei insgesamt eine Tendenz zur Zunahme bei geringerer Verordnung anderer unterstützender Präparate zu beobachten war (15). Auch die oben erwähnte sinkende Verwendung konventioneller Antipsychotika scheint für diese Diagnosegruppe eine Umverteilung auf die Antidepressiva zu beinhalten (s. konstante Zahl der Atypika).

Auch Patienten der Gruppe F0 erhielten vergleichsweise häufig Antidepressiva - vermutlich in geringerer Dosierung als Zusatzmedikation zur Therapie affektiver Symptome sowie von Unruhe und Schlafstörungen. Für die Therapie der letzteren dürften am ehesten SSRI (und MAO-Hemmer) angewandt worden sein, da trizyklische Antidepressiva aufgrund ihrer anticholinergen Wirkung zu deliranten Zuständen und Verschlechterungen der kognitiven Leistungen führen können (16).

Bei schizophrenen Patienten wurde seltener, aber in relativ konstanter Zahl unter anderem zur Behandlung der Negativsymptomatik, auf Antidepressiva zurückgegriffen.

Bei der Gruppe F1 wurden diese Präparate hingegen trotz steigender Tendenz am seltensten verordnet.

Die allgemeine Zunahme der Antidepressivaverwendung bei gleichzeitig vor allem im nichtstationären Bereich erfolgtem Rückgang der Suizidneigung (s. oben) entspricht den allgemein in den letzten beiden Jahrzehnten in den Industrienationen beobachteten Tendenzen. Bisher ist hieraus allerdings noch kein Beweis für eine langfristige Reduktion des Suizidrisikos durch Antidepressiva ableitbar, da noch andere Faktoren zu dieser Entwicklung beitragen können. Dennoch sprechen diese Beobachtungen gegen die oben beschriebene, in letzter Zeit anhand von Kurzzeitstudien aufgekommene und oft diskutierte Annahme, Antidepressiva würden die Suizidalität erhöhen (15).

Benzodiazepine fanden, außer bei der Gruppe F0, bei allen Diagnosegruppen vergleichsweise häufig Verwendung. Bei der Gruppe F3 ging ihre Verwendung leicht zurück, während sie bei der Gruppe F1 zunahm.

Im Beobachtungszeitraum über die Jahre 1999 bis 2003 war darüber hinaus vor allem für F1-Patienten und Patienten mit affektiven Störungen eine zunehmend hohe Zahl an mit anderen Tranquilizern bzw. Hypnotika unterstützten Therapien zu beobachten. Dies erklärt sich vermutlich durch die bei ihnen, im Vergleich zu den Benzodiazepinen, selteneren Hang-over-Effekte und Rebound-Insomnien und die ebenfalls geringere, wenn auch grundsätzlich vorhandene Gefahr von Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklungen (16). Allerdings war hier, abgesehen von der Gruppe F3, kein gegenläufiger Rückgang der Zahl der mit Benzodiazepinen therapierten Patienten zu verzeichnen.

In der Gruppe F1 wurden Benzodiazepine in relativ hoher Zahl verordnet, da sie neben Carbamazepin und Clomethiazol zur Behandlung der Entzugssymptome im Rahmen der Entgiftung dienen. Bei diesen Patienten erstaunt allerdings der zunehmend zu beobachtende Einsatz anderer Tranquilizer bzw. Hypnotika. Möglicherweise ist dieser eine Folge des zunehmenden Anteils von Patienten mit „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen“ (ICD-10 F19), die in dieser Gruppe seit der Eröffnung der Suchtabteilung am BKH Augsburg 1999/2000 zu beobachten war (s. oben).

Die vergleichsweise seltene Benzodiazepin-Verwendung zur Therapie von Agitation und aggressivem Verhalten im Rahmen demenzieller Syndrome erklärt sich durch die mit ihrer Einnahme verbundenen Risiken wie sedierende Effekte, Sturzgefahr und Verminderung der kognitiven Leistungsfähigkeit (53). Dies gilt auch für die Behandlung dieser Gruppe mit anderen Tranquilizern bzw. Hypnotika.

Demgegenüber wurden Nootropika (Antidementiva) erwartungsgemäß hauptsächlich und in steigender Zahl dementen Patienten verordnet. Auch zur Therapie schizophrener Erkrankungen fanden diese Präparate in zunehmender Zahl Verwendung. Dies deutet, angesichts der fehlenden Indikation zur Nootropikabehandlung

schizophrener Störungen, vermutlich darauf hin, dass auch diese Patientengruppe zunehmend älter wird und so eventuell eine zusätzliche demenzielle Symptomatik vorlag.

Im Sinne der Qualitätssicherung der BADO ist die erst seit dem Jahr 2001 erfolgte Erfassung der Nootropika sicher fragwürdig. Es kann nämlich angesichts der Tatsache, dass es sich um ältere Präparate handelt, die schon lange im Klinikalltag Verwendung finden, sowie des starken Anstiegs seit Beginn ihrer Aufnahme in die BADO (s. oben) durchaus davon ausgegangen werden, dass demente Patienten am BKH bereits vor 2001 mit Nootropika behandelt wurden.

In der vorliegenden Auswertung wurde die ebenfalls seit 2001 erfolgte Differenzierung in Cholinesterasehemmer und andere Nootropika aufgrund der bisher nur geringen Datenmenge nicht berücksichtigt. Informationen über die Verordnungshäufigkeit neuerer Substanzgruppen wie Cholinesteraseblockern (Tacrin, Donepezil, Rivastigmin und Galantamin) oder dem NMDA-Rezeptorantagonisten Memantin können, trotz ihrer anzunehmenden Überlegenheit, daher in dieser Arbeit nicht eruiert werden. Hier ist zu bedenken, dass Cholinesteraseblocker gefolgt von Memantin als Mittel der Wahl bei Alzheimer-Krankheit gelten und sich Acetylcholinesterasehemmer zudem in der Behandlung vaskulärer Demenzen als effektiv erwiesen haben (53).

Antiparkinsonmittel fanden hingegen hauptsächlich zur Behandlung Antipsychotika-induzierter EPMS wie Frühdyskinesie, Parkinsonoid und Akathisie bei schizophrenen Patienten Verwendung (89).

Beinahe ausschließlich im Zusammenhang mit affektiven Störungen wurde Lithium zur Therapie manischer Syndrome, zur Phasenprophylaxe oder im Zuge der „Lithiumaugmentation“ bei Therapieresistenz herangezogen. Bei fehlender Wirk- oder Anwendbarkeit dieses Präparats wurde dieser Patientengruppe im Zuge der Phasenprophylaxe bipolarer affektiver Störungen ferner vergleichsweise häufig Carbamazepin verordnet, wobei allerdings ein Rückgang der Fallzahlen zu verzeichnen war.

Carbamazepin fand sonst nur bei Patienten mit Störungen nach ICD-10 F1 in hoher und zunehmender Zahl u.a. zur Verhütung zerebraler Krampfanfälle im stationären Alkoholentzug Verwendung (16).

Auch Opiatersatzstoffe und Medikamente zur Substitutionsbehandlung wurden zumeist dieser Diagnosegruppe in Zusammenhang mit der Entgiftung verordnet.

Bedauerlicherweise kam es im Zuge der BADO-Umstellung 2001 zu einigen Versäumnissen, die ein Erfassungsproblem zur Folge hatten. So wurde die Verwendung folgender Medikamente in den Jahren 2002 und 2003 nicht mehr dokumentiert: Medikamente zur Substitutionsbehandlung, Betablocker, Clomethiazol, Antiparkinsonmittel und sonstige Nennungen (vgl. Tab. 16, 39, 62, 85, 108). Diese Beobachtung ist vor allem angesichts der unbestrittenen Wichtigkeit dieser Präparate zur Therapie psychischer Erkrankungen bedenklich, da es nicht wahrscheinlich ist, dass sie seit 2001 im BKH nicht mehr verordnet wurden. Stark betroffen von diesem Erfassungsfehler war vor allem die Gruppe F1. Diese Arbeit wird folglich keine klaren Aussagen hinsichtlich eventueller Veränderungen in der pharmakologischen Therapie dieser Patienten liefern können. Antiparkinsonmittel wurden in der BADO-Überarbeitung 2005 wieder aufgeführt.

Erst seit dem Jahr 2001 wurden hingegen atypische Depot-Antipsychotika, Nootropika und Opiatersatzstoffe genannt (vgl. Tab. 16, 39, 62, 85, 108). Bei ersteren ist dies verständlich, da sie erst seit diesem Jahr im Rahmen von Studien am BKH verfügbar waren (Zulassung in Deutschland 2004). Medikamente zur Substitutionsbehandlung wurden lediglich in Opiatersatzstoffe umbenannt. In Bezug auf die Nootropika bedeutet die vor 2001 fehlende Dokumentation aber sicher eine Einschränkung der Erfassungsqualität der BADO. Im

Gegensatz hierzu wurden mit Ausnahme der Betablocker diese Medikamente im Bezirksklinikum Regensburg auch in der überarbeiteten Form der BADO seit dem 1.1.2000 weiterhin erfasst (72).

In Zukunft wäre sicherlich eine zusätzliche Erfassung der Dosierung sowie Dauer der Psychopharmakotherapie sinnvoll. Ferner sollte im Zuge einer möglichen zukünftigen Reevaluation dieser Arbeit die seit der BADO-Überarbeitung 2001 differenziertere Auflistung der Einzelpräparate berücksichtigt und auf Tendenzen untersucht werden, dies auch im Hinblick auf das Item „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen“.

Auch nach der Entlassung wurde nur in etwa einem Viertel aller im Beobachtungszeitraum erfassten Fälle keinerlei psychopharmakologische Weiterbehandlung empfohlen, wobei zudem ein Rückgang dieses Wertes zu verzeichnen war. Wurden dennoch Medikamente angeraten, so handelte es sich zumeist um Antidepressiva oder (v.a. atypische) Antipsychotika. Auch hier war die für das stationäre Setting beschriebene Tendenz zur zunehmenden Bevorzugung atypischer Präparate zu erkennen - dies vor allem im Jahr 2002. Vergleichsweise höhere Werte erreichten ferner Benzodiazepine und in jeweils zunehmender Zahl andere Tranquilizer bzw. Hypnotika, Carbamazepin und Opiatersatzstoffe.

Auch in der empfohlenen Weiterbehandlung waren zahlreiche diagnoseabhängige Unterschiede festzustellen. Für alle Gruppen, insbesondere aber für F1, war im Vergleich zur stationären Vorgehensweise ein deutlich häufigerer Verzicht auf Psychopharmaka festzustellen. Diese Beobachtung lässt sich vermutlich anhand der im stationären Setting erreichten Besserung des Aufnahmestandes der Patienten erklären, ohne die eine Entlassung meist nicht erfolgt.

Mögliche Gründe des dennoch für die Diagnosegruppen F1 und F0 erkennbaren Trends zur verstärkten Verordnung von Psychopharmaka auch nach der Entlassung sind unter anderem der häufig zu befürchtende Therapieabbruch und die hohe Rückfallquote bei F1-Patienten sowie die Notwendigkeit einer ambulanten Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten und Depressionen im Zuge einer Demenz (102, 133).

Demgegenüber war auch nach der Entlassung eine psychopharmakologische Therapie bei Patienten der Gruppen F2 und F3 meist unumgänglich. Dies vor allem vor dem Hintergrund der hohen Rückfallgefährdung dieser Patienten bei gleichzeitiger Verfügbarkeit rezidivprophylaktisch wirksamer Psychopharmaka (37, 50, 126).

Während das zur Weiterbehandlung empfohlene Medikamentenspektrum für die Diagnosegruppen F0, F2 und F3 dem bereits unter stationären Bedingungen beschriebenen ähnelt, ergaben sich für die Gruppe F1 in einigen Punkten Abweichungen.

So wurde Clomethiazol, das aufgrund seines Abhängigkeitspotentials nur kurzfristig (bis 14 Tage) und nur unter stationären Bedingungen eingesetzt werden sollte, nicht mehr verordnet (16).

Auch Benzodiazepine sowie andere Tranquilizer bzw. Hypnotika erreichten deutlich geringere Werte. Die Gründe hierfür sind wahrscheinlich einerseits der schon abgeschlossene Entzug, andererseits die Gefahr weiterer Abhängigkeitsentwicklungen, zumeist im Sinne eines „Umstiegs“ von früheren Drogen oder Alkohol auf Psychopharmaka wie beispielsweise Benzodiazepine oder Barbiturate. In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass einige Hypnotika und Sedativa mit klarem Missbrauchspotential in Deutschland nach wie vor zu den am meisten angewandten Substanzen gehören. So gibt Glaeske für 6-8 % aller häufig verordneten Arzneimittel ein Suchtpotential an (57).

Kritisch geprüft werden sollte hier allerdings die weiterhin häufig und zunehmend empfohlene Behandlung mit Carbamazepin, welches eigentlich nur unter stationären Bedingungen zur Verhütung zerebraler Krampfanfälle im Alkoholentzug zugelassen ist (s. oben).

Opiatersatzstoffe fanden auch nach der Entlassung vergleichsweise häufig zur angesichts der hohen Rückfallgefährdung dieser Patientengruppe unentbehrlichen Rückfallprophylaxe sowie zur Substitutionsbehandlung und nach stationär erfolgter Teilentgiftung Verwendung.

Für schizophrene Patienten fiel im Unterschied zum stationären Aufenthalt der leichte Trend zu Depot-Antipsychotika auf, der vermutlich auf befürchtete Complianceprobleme nach der Entlassung zurückzuführen ist. Ferner zeigte sich auch in der Therapiefortführung seitens der Ärzte des BKH - möglicherweise aus den bereits beschriebenen Gründen - eine verstärkte Tendenz zur Verordnung atypischer (Depot-)Antipsychotika. Diese stellen vor allem für die orale Rezidivprophylaxe eine besser verträgliche und injizierbare Alternative zu den konventionellen Depotpräparaten dar, die früher zumeist nur bei Non-Compliance verwendet wurden (50). In Zukunft ist somit eine weitere Zunahme ihrer Verordnungshäufigkeit zu erwarten.

Die rückläufige Verordnung von Clozapin ist auf die oben beschriebenen Gründe zurückzuführen (s. oben).

Lithium wurde auch nach der Entlassung vor allem bei affektiven Störungen zur Rezidivprophylaxe verordnet (38). Zudem bringt eine Langzeittherapie mit Lithium eine Reduktion des Suizidrisikos und der erhöhten Mortalität mit sich (31, 138).

Der oben erwähnte Erfassungsfehler seit der BADO-Umstellung stellt sich in diesem Zusammenhang ebenfalls als großes Defizit dar (vgl. Tab. 17, 40, 63, 86, 109).

Die vorliegenden Daten beziehen sich natürlich auf die Situation unmittelbar bei der Entlassung, so dass eine Umstellung der Medikation seitens der ambulant weiterbehandelnden Ärzte, z.B. aus Kostengründen auf billigere konventionelle Antipsychotika oder aufgrund des Nebenwirkungsprofils, bzw. mögliche Complianceprobleme oder Therapieabbrüche seitens der Patienten nicht ausgeschlossen werden können (62). Hier haben die Atypika hinsichtlich der Bereitschaft der Patienten zur Therapiefortführung sicher große Vorteile (63). Zudem war in dementsprechenden Studien, wenn es zu einer ambulanten Umstellung der Antipsychotikamedikation kam, nur in seltenen Fällen ein Wechsel von einem Atypikum auf ein konventionelles Präparat erfolgt (62, 132).

Allgemein wird für Schizophrenien eine Setting-übergreifende und falls möglich kontinuierlich von dem gleichen Therapeuten(team) durchgeführte Therapie als ideal angesehen, um Brüche in der Behandlung zu vermeiden, da diese als wesentlicher Faktor für Non-Compliance und Behandlungsabbruch gelten (39). Diese Idealvorstellung trifft sicher nicht nur für diese Patientengruppe zu, wird aber im Alltag nur schwer für alle Patienten realisierbar sein, da viele später auch von Allgemeinärzten weiterbehandelt werden. Diese zeichnen folglich für einen Großteil der ambulanten Antipsychotikaverordnungen verantwortlich, weshalb ihre fundierte Aus- und Fortbildung auf diesem Gebiet von großer Bedeutung ist (63). Zudem ist der Arztbrief als entscheidende Kommunikationsform mit dem ambulanten Behandler zu nennen. Hier wird die Angabe der Diagnose, von Untersuchungsergebnissen, Medikation und Therapievorschlügen als besonders wichtig angesehen (2, 97, 158, 160). Darüber hinaus möchten über 95 % der Hausärzte über die Gründe für die Änderung der Medikation in der Klinik informiert werden (113).

Insgesamt sind als Schlüsselemente einer erfolgreichen Langzeitbehandlung neben der Pharmakotherapie auch psychoedukative Maßnahmen sowie die Compliancesicherung zu bedenken (15, 62).

Die Frage nach Problemen im Verlauf der stationären Psychopharmakotherapie wurde bei der überwiegenden und darüber hinaus zunehmenden Zahl aller Patienten negativ beantwortet. Diese, bis 2001 alleinig bestehende

Rubrik zur Erfassung bei der psychopharmakologischen Behandlung aufgetretener Probleme ist allerdings aus mehreren Gründen, v.a. im Hinblick auf die große Wichtigkeit dieses Items z.B. zur Compliancesicherung, problematisch. So war das Spektrum möglicher Antworten („Therapieresistenz bzw. mangelnde Wirkung“, „mangelnde Compliance der Patienten“ sowie „erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen“) sehr beschränkt und entsprach sicher nicht den tatsächlich beobachtbaren Nebenwirkungen. Ferner war die Auslegung der Nennungsmöglichkeiten stark vom jeweils dokumentierenden Arzt einerseits und vom Patienten andererseits abhängig.

Erkennbar war allerdings wie bereits oben beschrieben der je nach vorliegender Diagnose höhere oder niedrigere Einsatz von Psychopharmaka, auch wenn dieser selbst für die anfangs nur vergleichsweise selten medikamentös therapierten Patienten der Gruppen F1 und F0 im Verlauf der erfassten Jahre aus den angeführten Gründen stark zunahm. Dem unterschiedlich hohen Anteil an medikamentös therapierten Patienten entsprechend war die Zahl der angeführten Probleme für die Gruppen F0, F2 und F3 natürlich höher als für F1 (hier jeweils unter 1 %).

Fälle, in denen keine besonderen Probleme beobachtet wurden, waren am häufigsten in der Gruppe F0 und am seltensten in der Gruppe F2 zu finden. Zudem war abgesehen von der Gruppe F1, bei der derartige Nennungen zunahm, ein Rückgang dieses Wertes festzustellen.

Darüber hinaus war, mit Ausnahme von F1-Patienten, eine hohe und steigende Zahl an unterlassenen Eingaben für alle Gruppen festzustellen. Deren allgemeine Zunahme bei gleichzeitiger Abnahme der Zahl der drei hier genannten Probleme („Therapieresistenz bzw. mangelnde Wirkung“, „mangelnde Compliance der Patienten“ und „erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen“) auf jeweils 0 % 2002 und 2003 und Rückgang der ohne besonderen Probleme verlaufenen Therapien (s. oben) ist offensichtlich im Sinne einer Umverteilung der Werte zu verstehen. Die Ursache hierfür liegt in der Einführung einer zusätzlichen Rubrik zur differenzierteren Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen im 2. Halbjahr 2001.

Weshalb die Gruppe F1 eine etwas andere Entwicklung aufweist, sollte noch geklärt werden. Ferner erscheint die allgemein sehr niedrige Fallzahl (extrem für F1) an Problemen im Verlauf der Psychopharmakotherapie angesichts des bekanntermaßen hohen Nebenwirkungspotentials der meisten der angewandten Präparate fragwürdig. Hier ist zu prüfen, ob es sich eventuell um Fehler in den BADO-Eintragungen handelt.

Auch die beschriebene Integration der differenzierteren Fragestellung („UAW“ Unerwünschte Arzneimittelwirkungen) in diesem Bereich scheint angesichts der bei allen Gruppen hohen Fallzahl unklarer - sei es sonstiger oder nicht erfolgter - Eingaben bisher, trotz Gegenzeichnung der BADO-Bögen durch die Oberärzte sowie der zahlreichen BADO-Schulungen am BKH, noch nicht zu einer erhöhten Erfassungsqualität geführt zu haben. Hier stellt sich die Frage, auf welche Weise die Ärzte in Zukunft zu einer valideren Dokumentation dieses überaus wichtigen Items motiviert werden könnten.

Zudem sollten die gruppenspezifischen Unterschiede geklärt werden. So betrafen unterlassene Eingaben meist die Gruppen F1 und F0. Der für „Alle Patienten“ zu beobachtenden Tendenz zur Zunahme dieses Werts folgten hingegen nur die Gruppen F2 und F3. Auch der für „Alle Patienten“ hohe Anteil sonstiger Nennungen, kam vor allem durch die Eingaben für Schizophrene und Patienten mit affektiven Störungen zustande. Für die Gruppe F2 war hier allerdings ein Rückgang zu verzeichnen. Natürlich muss hier der bislang extrem kurze Beobachtungszeitraum von nur zwei Jahren (2002 und 2003) eingeräumt werden, der eine endgültige Deutung noch unmöglich macht.

An Nebenwirkungen wurden für „Alle Patienten“ vor allem nicht ausreichende Wirkung (mit abnehmender Tendenz) und Akathisie bzw. Frühdyskinesie angegeben.

Bei Einzelbetrachtung der untersuchten Diagnosegruppen zeigten sich angesichts des verschiedenartigen Medikamentenspektrums, der anderen Dosierung etc. einige Unterschiede.

So war das Spektrum an angegebenen Nebenwirkungen für die Gruppe F0 und F1 vergleichsweise beschränkt und die Fallzahlen für die Gruppe F1 mit jeweils unter 1 % sehr gering. Bei dementen Patienten hängt dies möglicherweise mit der diagnosetypischen Medikation (Nootropika und Antiparkinsonmittel mit ihren vergleichsweise geringeren Nebenwirkungen) und Dosierung zusammen, erscheint allerdings dennoch angesichts des meist hohen Alters, der hier gehäuften Verordnung von oftmals konventionellen Antipsychotika (s. oben) und der oben genannten häufig bestehenden anderweitigen Erkrankungen erstaunlich (16, 85). Bei F1-Patienten sind die gemachten Beobachtungen angesichts des zunehmend selteneren Verzichts auf eine medikamentöse Therapie auch dieser Gruppe fragwürdig. Sie könnten aber die Konsequenz der bei diesen Patienten meist vergleichsweise kurzen stationären Verweildauern (s. unten) sein, da viele Arzneimittelnebenwirkungen erst bei Langzeiteinnahme zum Tragen kommen. Darüber hinaus sind die durchaus häufigen Therapieabbrüche seitens dieser Patienten zu bedenken (133).

Aber auch für die anderen Gruppen erscheint die allgemein geringe Zahl an beobachteten Nebenwirkungen wenig glaubwürdig. Hinzu kommt, dass vor allem unter Antipsychotika-Einnahme bekanntlich ein extrem hoher Prozentsatz der Patienten (ca. 60 %) über beinahe alle Bereiche betreffende Nebenwirkungen berichtet, wobei extrapyramidalmotorische Störungen vor allem bei den konventionellen Antipsychotika eine herausragende Rolle spielen (Wahrscheinlichkeiten: Frühdyskinesie 2-17 %, Parkinsonoid 15-20 %, Akathisie ca. 20 %, Spätdyskinesie 15-20 %, malignes neuroleptisches Syndrom 0,02-0,5 % (16)). Bei Einnahme von atypischen Antipsychotika kann allerdings von einer Reduzierung der EPMS-Wahrscheinlichkeit auf ca. 20 % im Vergleich zu 60-75 % unter konventionellen Antipsychotika ausgegangen werden, was in den meisten kontrollierten Studien der EPMS-Häufigkeit in der Placebogruppe entspricht (8). Die hier angeführten Fallzahlen für EPMS decken sich mit diesen Daten sicher nicht, wenn auch die Zugehörigkeit zu den Gruppen F2, F0 und F3 den Verordnungspraktiken entspricht (vgl. oben).

Insgesamt war eine nicht ausreichende Wirkung bei allen Gruppen - mit Ausnahme von F1 - häufig zu finden. Die außer für demente Patienten beobachtbare Abnahme derartiger Fälle deutet möglicherweise auf einen Erfolg innovativer Pharmakotherapiekonzepte hin.

Unruhe bzw. Erregungszustände fanden sich hauptsächlich bei dementen Patienten, wobei ein Rückgang zu beobachten war. Anteilmäßig folgten die Gruppen F3 und F2 und sehr selten F1.

Sexuelle Funktionsstörungen wurden, obwohl sie bekannterweise (außer bei dementen Patienten) mit zu den am häufigsten (z. B. bis zu 40 % bei SSRI) mit der Einnahme von Psychopharmaka verbundenen Nebenwirkungen zählen, insgesamt sehr selten genannt (75, 94). Wenn, dann betrafen diese Nennungen nur schizophrene Patienten und Patienten mit affektiven Störungen. Auch die ebenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Nebenwirkungen wie depressive Verstimmung oder Gewichtszunahme fanden sich diesen Daten zufolge im Erfassungszeitraum sehr selten bzw. nicht. Mögliche Gründe für die unwahrscheinlich niedrigen Fallzahlen dieser drei Nebenwirkungen sind einerseits ein inadäquates Explorationsverhalten der Ärzte, andererseits Scham- bzw. Scheugefühle der Patienten in diesen Bereichen. Für die Compliancesicherung ist die anscheinend nicht ausreichend sorgfältige Dokumentation dieser Nebenwirkungen durchaus bedenklich, da diese Symptome die Patienten auf längere Sicht betrachtet subjektiv oft am meisten belasten (16). Zudem scheinen

metabolische Störungen und Gewichtszunahme eine Ausnahme hinsichtlich des sonst global als verglichen mit den Vorgängerpräparaten bedeutend vorteilhafteren Nebenwirkungsspektrums der atypischen Antipsychotika darzustellen (36, 106, 117).

Bei der insgesamt geringen Zahl genannter Nebenwirkungen handelt es sich vermutlich ebenso wie bei der hohen Zahl unklarer Nennungen um einen systematischen Fehler oder Versäumnisse in der Erfassung. Da diese detailliertere Frage nach Arzneimittelnebenwirkungen die Ausfüller sensibilisieren und die Möglichkeit der Erlangung repräsentativer Daten erhöhen sollte, ist dies sehr kritisch zu bewerten. Die BADO stellt schließlich ein Instrument zur Qualitätssicherung dar, ein Ziel, das zumindest für dieses Item bisher noch nicht erreicht ist.

Die Wichtigkeit einer von Therapiebeginn an genauen Dokumentation eventueller Nebenwirkungen zeigt sich unter anderem am Beispiel der Spätdyskinesie. Hier macht das weitgehende Fehlen effektiver Behandlungsmöglichkeiten ein konsequentes Therapiemonitoring zur Prophylaxe dieser Störung unumgänglich. Wird dies versäumt und kommt es zu einer schweren Spätdyskinesie, so gilt dies heute als ärztlicher Kunstfehler (89).

In den meisten Gebieten der Psychopharmakotherapie gilt der Grundsatz, dass sie primär nebenwirkungsgeleitet sein und die Lebensqualität des Patienten berücksichtigen sollte (88, 114). Zudem gilt die Validität von Erhebungsinstrumenten als eingeschränkt, wenn in ihnen für die Patientenzufriedenheit wichtige Aspekte unberücksichtigt bleiben (143). Daher müssen Nebenwirkungen gewissenhaft dokumentiert und behandelt werden. Dies wird bei konsequenten Bemühungen zur Verbesserung der Datengenerierung (z.B. Oberarztgegenkontrollen, BADO-Schulungen etc.) für dieses Item sicher möglich sein.

Insgesamt kann bei konsequentem Einsatz der - wie bereits erwähnt - über ein deutlich günstigeres Nebenwirkungsspektrum verfügenden innovativen neueren Präparate (z.B. atypische Antipsychotika, neuere Antidepressivaklassen) in den kommenden Jahren auf ein zunehmend geringeres Maß zumindest schwerer Nebenwirkungen gehofft werden. So könnten diese Präparate auch zur Verbesserung der Compliance und der Lebensqualität der Patienten und somit langfristig gesehen durch die Reduktion von Therapieabbrüchen und Rehospitalisierungsraten u.a. zur Kostensenkung im Gesundheitssystem beitragen (131). Darüber hinaus sind sicher auch die Psychoedukation über die gewählte Medikation sowie Bemühungen zur Motivation der Patienten zur Therapiefortführung von großer Bedeutung (89, 133).

In Zukunft wäre eventuell eine zusätzliche Gegenüberstellung anderweitiger Erkrankungen und damit verbundener Medikamenteneinnahmen der Patienten - v.a. bei den altersbedingt mit zahlreichen Komorbiditäten einhergehenden Störungen nach ICD-10 F0 - wünschenswert, um Aufschluss über deren Auswirkungen auf die Art und Ausprägung möglicher Nebenwirkungen zu gewinnen.

In den hier erfassten Jahren verblieben die Patienten größtenteils für Zeiträume von bis zu 3 Monaten im BKH Augsburg. Hier war ein leichtes, allerdings zunehmend geringeres Überwiegen 1-3 Monate dauernder Aufenthalte gegenüber Verweildauern von 2-7 Tagen - die zudem anteilmäßig leicht zunahmen - und von 7-14 Tagen zu erkennen, während die übrigen Zeiträume in etwa gleich häufig genannt wurden. Länger als 3 Monate blieben nur wenige Patienten in stationärer Behandlung. In einer Studie aus den USA wurde über etwas kürzere stationäre Verweildauern (19-29 Tage) berichtet (30). Auch in Deutschland dürfte diese Vorgehensweise zunehmend zu beobachten sein.

Die differenzierte Betrachtung der Einzelgruppen ergab einige Unterschiede.

So blieben Patienten der Gruppen F2 und F3 angesichts der erschwerten ambulanten Betreuung etwas länger im BKH. Hier waren 1-3monatige Aufenthalte zwar ebenfalls die Regel, es folgten aber in relativ großer Zahl Verweildauern von 3-6 Monaten und 21-31 Tagen. Auch bis zu einem Jahr verblieben nur Patienten dieser beiden Gruppen in nennenswerter Fallzahl.

Da die im BKH größtenteils durchgeführte Akut- bzw. Entzugstherapie in der Mehrzahl der Fälle innerhalb von 10-21 Behandlungstagen zu einem regulären Abschluss gebracht werden kann, wurden Patienten der Gruppe F1 nur selten länger stationär behandelt (60). Sie verblieben so meist 2-7 Tage oder 7-14 Tage im BKH, wobei für ersteren Zeitraum zudem ein Anstieg der Fallzahlen zu verzeichnen war. Anteilmäßig folgten Verweildauern von bis zu 2 Tagen sowie von 14-21 Tagen.

Für die Diagnosegruppe F0 konzentrierten sich die stationären Aufenthaltsdauern auf Werte zwischen 7 Tagen und 3 Monaten. Während die Werte für die übrigen Gruppen insgesamt wenig Veränderungen erkennen ließen, scheint für demente Patienten eine leichte Tendenz zur zunehmend kürzeren Verweildauer zu bestehen. Dies deutet möglicherweise auf eine sich verbessernde ambulante Versorgungsstruktur oder Erfolge neuer Therapiekonzepte hin.

Zu bedenken ist angesichts der allgemein eher kurzen stationären Verweildauern aber sicher auch die hauptsächlich ökonomisch orientierte Denkweise der Krankenversicherungen, die primär die Kostensenkung, nicht die Effektivität der Therapie im Auge hat. Dies betrifft Angaben aus der Literatur zufolge vor allen Dingen die Suchtkrankenbehandlung (153). So wird die stationäre Therapie der Alkoholabhängigkeit kritisch angesehen und teilweise von den Kassen nicht oder nur sehr kurz übernommen. Dies erhöht natürlich das Risiko eines Scheiterns der begonnenen Therapie (47).

Spießl et al. kamen in einer Studie ferner zu dem Ergebnis, dass trotz starker Verkürzung der Verweildauer pro Aufenthalt die kumulierte Verweildauer (z.B. durch Wiederaufnahmen) und damit die Behandlungskosten weitgehend unverändert blieben und das Behandlungsergebnis eher geringer war (153).

Dieses Item muss insgesamt hinsichtlich seiner Aussagekraft kritisch betrachtet werden, weshalb es in der neuen BADO-Fassung von 2005 auch nicht mehr enthalten ist.

Hinsichtlich der Aussagekraft und Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Arbeit müssen einige methodische Einschränkungen eingeräumt werden. So beziehen sich die Daten auf lediglich ein, wenn auch relativ großes, psychiatrisches Versorgungskrankenhaus mit der Kommune Augsburg als Einzugsgebiet, welches etwa 400.000 Personen umfasst. Kinder und Jugendliche werden allerdings im BKH Augsburg nicht therapiert.

Außerdem wurden ausschließlich die (teil-)stationär aufgenommenen Patientenfälle untersucht. Infolgedessen stehen die Daten für ambulant behandelte Fälle nicht zur Verfügung. Darüber hinaus fehlt in dieser Arbeit eine Differenzierung der Patientenfälle nach Geschlechtern oder Altersgruppen.

Ferner wurden nicht alle ICD-10-Diagnosegruppen untersucht und auch die vier zur ausführlicheren Darstellung ausgewählten Gruppen wurden, mit Ausnahme von F1, nicht mit all ihren Untergruppen beschrieben, wenn auch die relevantesten durchaus Berücksichtigung fanden. Der Grund für dieses Vorgehen liegt einerseits in der unterschiedlichen Häufigkeit und Relevanz der einzelnen psychischen Störungen (s. oben), andererseits auch in der Notwendigkeit, den Umfang der vorliegenden Arbeit in Grenzen zu halten.

Es wurden zudem die Prozente der Patientenfälle, nicht der jeweiligen Individuen zur Errechnung der Werte herangezogen. Dieses Vorgehen ist aus folgenden Gründen kritisch zu bewerten: Einerseits liegen die stationären Verweildauern aus Kostengründen meist unter einem Jahr, andererseits gehen die hier zur Beschreibung

ausgewählten psychiatrischen Erkrankungen mit einer hohen Rezidiv- und Rehospitalisierungswahrscheinlichkeit einher. Es besteht somit das Risiko einer Beeinflussung der Werte in die jeweils entsprechende Richtung. In Stichproben wurde nämlich festgestellt, dass es sich bei etwa der Hälfte der Patienten um teils bereits wiederholte Rehospitalisierungen handelt (45).

Darüber hinaus wurden infolge der BADO-Überarbeitung einige Items ab dem zweiten Halbjahr 2001 in veränderter Form erfasst. So wurden die zur Therapie herangezogenen bzw. nach der Entlassung empfohlenen Psychopharmaka nun differenzierter aufgelistet. Um die vorliegende Darstellung nicht zu komplizieren, wurden in dieser Arbeit diese Veränderungen nicht berücksichtigt. Vielmehr wurden die neuen Daten im Sinne einer Zusammenfassung der differenziert aufgelisteten Präparate zu den entsprechenden Substanzklassen in die alte Form überführt. Dies natürlich mit dem Nachteil, dass eine Beurteilung der Verordnungshäufigkeit der Einzelpräparate nicht stattfinden konnte und nur Informationen zu der Vorgehensweise bezüglich der verschiedenen Substanzklassen eruierbar waren. Dies betrifft z.B. die Antidepressiva, wodurch es unmöglich ist, anhand dieser Daten Informationen über die Verordnungshäufigkeit neuerer Antidepressiva im Gegensatz zu älteren Antidepressiva (Trizyklika) zu gewinnen. Auch die 2001 eingeführten Rubriken „andere Nootropika“ und deren neuere Alternativen „Cholinesterasehemmer“ wurden zusammengefasst, wodurch hier keine Möglichkeit zur gezielten Auswertung der Verordnungshäufigkeit neuerer Präparate im Bereich der Demenzbehandlungen besteht. Bei anderen Substanzklassen wie Antipsychotika oder Hypnotika wurde demgegenüber bereits in der ursprünglichen, dieser Arbeit zugrunde liegenden BADO zumindest grob differenziert. Ferner ist anzuführen, dass Phytopharmaka angesichts ihrer nur verschwindend geringen Anwendungszahlen keine Berücksichtigung in dieser Arbeit fanden. Es muss aber auch eingeräumt werden, dass aufgrund des bisher sehr kurzen Zeitraums der Anwendung der neuen Erfassungsbögen die hier angestrebte Verlaufsbeurteilung dieser Daten noch nicht zu verlässlichen und aussagekräftigen Ergebnissen führen hätte können. Diese Auswertung wird in einigen Jahren sinnvoll sein.

Die ebenfalls 2001 zusätzlich zum Item „E5 Probleme bei der Psychopharmakatherapie“ eingeführte differenziertere Fragestellung nach „Unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW)“ wurde für die Jahre 2002 und 2003 in diese Arbeit integriert, während die Daten für das zweite Halbjahr 2001 aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit unberücksichtigt blieben. Auch hier muss wieder die Kürze der bisherigen Erfassung bedacht werden, bevor Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen gezogen werden können.

Trotz der angeführten, bei der Lektüre zu bedenkenden Einschränkungen, kann diese Untersuchung sicher zur Erkennung möglicher Tendenzen und Trends beitragen und so eventuell Anstoß zu weiteren Studien oder Reevaluationen der Vorliegenden liefern, die die bisherigen Mankos nicht enthalten. Zudem erleichtern die in dieser Arbeit enthaltenen Tabellen die Sicherstellung der Kontinuität der hier analysierten mit aktuellen Daten.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Ziel dieser Arbeit war es, im Rahmen einer 5-Jahresanalyse der BADO am BKH Augsburg den Verlauf der Daten von vier wesentlichen Diagnosegruppen zu dokumentieren und zu analysieren und anhand dessen die Etablierung eines Standards zur Qualitätssicherung zu erleichtern.

Als wesentliche Ergebnisse lässt sich Folgendes zusammenfassen:

Demente Patienten wurden allgemein relativ häufig durch Allgemeinärzte eingewiesen bzw. vorbehandelt. Es war im Beobachtungszeitraum allerdings eine leichte Zunahme fachspezifischer Vorbehandlungen zu verzeichnen, was möglicherweise als Folge der besseren Aufklärung der Bevölkerung über diese Erkrankung zu deuten ist. Hier könnte es sich aber auch um eine Auswirkung der Überalterung der Gesellschaft und des zunehmend geringeren Familienzusammenhalts handeln, infolgedessen die Angehörigen weniger bereit sind, die krankheitsbedingten Belastungen zu tragen. In diesem Zusammenhang fiel zudem die bei Dementen im Gruppenvergleich erhöhte Neigung zu hostilem Verhalten (zumeist in Form leichter Körperverletzungen bzw. von bedrohlichem Verhalten ohne Tötlichkeiten) auf, die vermutlich häufig einen (Mit-)Grund der Aufnahme darstellt. Eine Zunahme von Aggressivität ist allgemein und auch im stationären Bereich zu beobachten. Sie begründet die hauptsächlich bei diesen Patienten angewandten Fixierungsmaßnahmen. Da stationäre Aufnahmen am BKH meist im Vollbild der Demenz erfolgen, fanden sich Fälle suizidaler Äußerungen nur sehr selten.

In Folge der Eröffnung der Drogenabteilung am BKH Augsburg wurde der überwiegende Teil der Patienten im Beobachtungszeitraum aufgrund von „Psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD-10 F1) stationär behandelt. Der allgemeine Anstieg der Drogenproblematik wurde hier in Form einer Abnahme der Alkoholabhängigen bei Zunahme der Diagnostizierung von ICD-10 F19 und F11 deutlich. Da Suchtpatienten ihre Erkrankung häufig verleugnen, erklärt ihr großer Anteil an den stationären Aufnahmen mit großer Wahrscheinlichkeit auch die vergleichsweise hohe Zahl ohne ärztliche Einweisung bzw. Vorbehandlung Aufgenommener am BKH Augsburg. Dennoch fiel eine Zunahme an freiwillig in die Klinik gekommenen Patienten auf. Dies könnte auf die krankheitsbedingte soziale Notlage, aber auch auf eine erhöhte Aufklärung der Bevölkerung hindeuten. Die Soziodiagnostik ergab für diese Gruppe ein zunehmend niedrigeres Bildungsniveau sowie eine hohe und steigende Zahl Arbeits- und Obdachloser. Dies ist sowohl als mögliche Folge oder Ursache der Erkrankung zu verstehen. Während der stationären Behandlung wurde bei dieser Gruppe zu Beginn des Beobachtungszeitraums häufig auf Psychopharmaka verzichtet. Diese Feststellung erstaunt angesichts der Bedeutung des BKH als Akutklinik. Allerdings war eine zunehmende Verordnung von Psychopharmaka auch für diese Gruppe während des stationären Aufenthalts zu beobachten. Möglicherweise aus Angst vor Therapieabbrüchen zeichnete sich auch nach der Entlassung eine Tendenz zur zunehmenden medikamentösen Therapie ab. Fraglich erscheint allerdings die nicht zulassungsgemäße Weiterverordnung von Carbamazepin (Off-Label-Use) nach der Entlassung. Ferner muss die relativ starke Zunahme von Suiziden im Jahr 2003 seitens dieser Patienten in Hinblick auf mögliche klinikinterne Ursachen interpretiert werden.

Fälle von „Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen“ (ICD-10 F2) waren zwar durchaus häufig, hier zeichnete sich aber ein Effekt verbesserter Therapieansätze und neuerer Psychopharmaka im Sinne einer Abnahme stationär behandelter Patienten ab. Ferner ergaben die Fragen zur Soziodiagnostik für diese Gruppe eine Tendenz zur Verbesserung der durchaus kritischen Situation dieser Patienten (s. Wohnsituation, Schulbildung). Dies resultiert vermutlich aus dem Bestreben um eine zunehmend bessere Integration psychisch Kranker im ambulanten Bereich. Eine Verbesserung ambulanter Versorgungsstrukturen ist darüber hinaus aus der zunehmend späteren stationären Aufnahme dieser Patienten abzuleiten. Angesichts der hohen Zahl nicht erwerbstätiger schizophrener Patienten scheinen Maßnahmen zur Integration dieser Gruppe ins Berufsleben bisher allerdings noch nicht auszureichen. Da die in Deutschland angewandte Verordnungspraxis bezüglich neuerer Psychopharmaka, wie in der Einleitung erwähnt, starker Kritik ausgesetzt ist, bestand hier großes Interesse an der Klärung der Situation am BKH Augsburg. Ein wesentliches Ergebnis dieser Arbeit zeigt, dass im Beobachtungszeitraum 1999 bis 2003 die Leitlinien der Fachgesellschaft (DGPPN) weitgehend umgesetzt wurden. Die Umsetzung dieser Leitlinien zur Psychopharmakatherapie schizophrener Patienten mit modernen, extrapyramidalmotorisch besser verträglichen Antipsychotika wird allerdings zunehmend kritisch diskutiert, angesichts der Tatsache, dass diese Substanzen andere, mortalitätsbeeinflussende Nebenwirkungen (z.B. Gewichtszunahme) aufweisen.

Im Gruppenvergleich zeigten die höchste Neigung zu suizidalem Verhalten Patienten mit affektiven Störungen. Die insgesamt für alle Patienten zu beobachtende Tendenz zur Abnahme der Suizidalität (bei konstanter Zahl der Suizidversuche) (vgl. Einleitung) bei gleichzeitiger Zunahme der Antidepressivaverordnung bei allen Gruppen deutet möglicherweise auf eine Reduktion des Suizidrisikos unter Langzeittherapie mit Antidepressiva hin. Zudem widerspricht diese Beobachtung der diskutierten erhöhten Suizidalität unter SSRI-Einnahme. Dennoch ist bei vorbekannter Suizidalität eine derartige Medikation mit entsprechender Vorsicht vorzunehmen, da zur definitiven Klärung dieser Vermutung bislang Langzeitstudien fehlen. Die abnehmende Zahl der durch Primärärzte erfolgten Einweisungen deutet vor allem für diese Diagnosegruppe (neben Schizophrenen) auf ein Weiterbestehen des diagnostischen Defizits hin. Die Soziodiagnostik ergab ferner, dass affektive Störungen die Alltagsbewältigung der Betroffenen im Vergleich zu den anderen Diagnosen außerhalb der akuten Episoden vergleichsweise weniger beeinträchtigen. Dennoch ist auch hier die hohe und zudem steigende Zahl an Arbeitslosen im Sinne einer psychoreaktiven (Wieder-)Auslösung der Störung bedenklich.

Die hohe Arbeitslosigkeitsrate bzw. Nicht-Erwerbstätigkeit des Großteils der Patienten am BKH weist allgemein auf noch großen Handlungsbedarf auf dem Feld der Berufsintegration bzw. -reintegration psychisch kranker Menschen in Deutschland hin. In diesem Zusammenhang ist auch die Zunahme an Patienten (mit Ausnahme Dementer) ohne festen Wohnsitz zu nennen. Diese Abnahme des Lebensstandards spiegelt sich auch im Anstieg aufgrund verschlechterter chronischer Zustände aufgenommener Patienten wider.

Ferner zeigen diese Daten einen noch bestehenden großen Bedarf an verbesserten Schulungen für Primär- und Notärzte, die einen psychiatrischen Behandlungsbedarf offensichtlich bisher nicht in ausreichendem Maße erkennen (vgl. Rückgang dementsprechender Einweisungen). Hier und in der zunehmenden Förderung einer gesteigerten Kooperationsbereitschaft zwischen ambulant und stationär tätigen Ärzten liegt wie erwähnt ein

wichtiger Ansatzpunkt zur Kostensenkung und Steigerung der Effektivität und Behandlungskontinuität im Gesundheitswesen.

Die seit der genannten Überarbeitung 2001 eingeführte differenziertere Rubrik zur Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen („UAW“) wurde hier zwar ausgewertet, es muss aber die Kürze der bisherigen Erfassung bedacht werden, bevor Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen gezogen werden können. In der vorliegenden Auswertung fand sich eine insgesamt noch sehr mangelhafte Beantwortung dieses Items. Dies ist kritisch zu bewerten, da nur eine akkurate Dokumentation der Nebenwirkungen valide Schlussfolgerungen über die Wertigkeit der eingesetzten Medikamente zulässt. Vor allem Schizophrene sind stark gefährdet, unter konventionellen Antipsychotika EPMS zu entwickeln, was die ausgewerteten Daten allerdings nicht bestätigen. Andere unerwünschte Effekte, wie Gewichtszunahme, sexuelle Funktionsstörungen oder depressive Verstimmung wurden in einer sehr geringen Zahl genannt, was auf eine mangelhafte Dokumentation („underreporting“) hindeutet.

Hinsichtlich der Reliabilität bzw. Validität der vorliegenden Daten ist ferner die beschriebene oftmals unzureichende („unbekannt/unklar“) oder nicht erfolgte („keine Eingabe“) Beantwortung einzelner BADO-Items kritisch zu bewerten. Es handelt sich hierbei nämlich durchaus nicht um einen strukturellen Mangel der BADO, die die Voraussetzungen zur vollständigen Erfassung zahlreicher Patientendaten bietet. Vielmehr liegt hier ein Fehler in der Anwendung vor. Die Güte der durch die BADO generierten Daten bzw. ihre Grenzen werden somit hauptsächlich von der Zuverlässigkeit der Eingaben bestimmt. Die in der vorliegenden Arbeit identifizierte unzureichende Nutzung des vollen Potentials der BADO zur Qualitätssicherung im Klinikalltag sollte den Anwendern („user“) und Analysten gleichermaßen transparent gemacht werden, um zukünftig die Datenqualität und die daraus resultierenden Analysen zu optimieren. Ansatzweise zeichnet sich die Tendenz zur genaueren Erfassung der Daten im Sinne einer Abnahme unzureichender oder unterlassener Eingaben ab. Dies ist unter anderem durch die zahlreichen BADO-Schulungen sowie die Gegenkontrolle der BADO-Bögen durch die Oberärzte der jeweiligen Stationen am BKH zu erklären. Ferner zeigte sich, dass auch die 2001 überarbeitete Fassung der BADO noch Fehler (s. Ausführungen zu den verordneten Psychopharmaka) enthielt, die 2005 in einer erneuten Revision, die hier unberücksichtigt blieb, behoben wurden. In ihrer Aussagekraft eher eingeschränkte Items wie „Alter bei erster psychischer Auffälligkeit“, „Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation“ und „Verweildauer nach Gruppen“ sollten in künftigen Revisionen ferner auf ihre Relevanz geprüft werden. Für „Verweildauer nach Gruppen“ erfolgte dies bereits im Sinne einer Streichung dieses Items aus der neuen BADO seit 2005. Die vorliegende Studie stellt sicher einen nützlichen Grundstock zur Überprüfung des erzielten Grades der Qualitätssicherung am BKH Augsburg durch die BADO über die Jahre dar.

6. LITERATURVERZEICHNIS

1. Abeler M, Dia ML, Fröhlich J, Fuchs G et al. Die Suizidkonferenz. Ein Instrument zur Unterstützung betroffener Teams nach Suiziden im stationären Kontext. *Psychiatr Prax* 1997; 24: 231-234
2. Adams DC, Bristol JB, Poskitt KR. Surgical discharge summaries: improving the record. *Ann R Coll Surg Engl* 1993; 75: 96-99
3. Agargun MY, Kara H, Ozbek H, Tombul T et al. Restless legs syndrome induced by mirtazapine. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 1179
4. AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research). Evidence Report on Treatment of Depression: Newer Pharmacotherapies. San Antonio Evidence-Based Practice Center. Washington, DC, AHCPR, Evidence- Based Practice Centers. AHCPR pub 1999.
5. Allan MH, Currier GW, Hughes DH, Reyes-Harde M et al. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgrad Med* 2001; (Spec No): 1-88;
6. American Psychiatric Association. Practice guidelines for treatment of psychiatric disorders. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000
7. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157 suppl: 1-45
8. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. In: Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders, APA, Washington DC, 2000, 299-412
9. Angst J, Sellaro R, Angst F. Long-term outcome and mortality of treated versus untreated bipolar and depressed patients: A preliminary report. *Int J Clin Pract* 1998; 2: 115-119
10. Armbruster B. Suizide während der stationären psychiatrischen Behandlung. *Nervenarzt* 1986; 57: 511-516
11. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Empfehlungen Therapie der Depression. Arzneiverordnung in der Praxis. Sonderheft 8, 1997
12. Bahlo E, Bausch J, Brech W, Brosig A et al. Berliner Empfehlungen. In: Diercks C (Hrsg) Innovationen in der Therapie der Schizophrenie. Schattauer, Stuttgart New York, 2001
13. Bartenstein P, Minoshima S, Hirsch C, Buch K et al. Quantitative assessment of cerebral blood flow in patients with Alzheimer's disease by SPECT. *J Nucl Med* 1997; 38 (7): 1095-1101
14. Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, Part 2: Maintenance treatment of chronic depressive disorders and subthreshold depressions. *World J Biol Psychiatr* 2002; 3: 67-84
15. Bauer M, Möller HJ. Akut- und Langzeittherapie der Depression (ICD-10 F3). In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg) Therapie psychischer Erkrankungen - State of the Art. 1. Aufl. Urban und Fischer, München Jena, 2007, 105-126
16. Benkert O, Hippus H. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 5. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2003
17. Berger H, Fritz U. Die Akutbehandlung mit Psychopharmaka in den Jahren 1999-2000. Ergebnisse einer Umfrage zu den Verordnungsgewohnheiten psychiatrischer Kliniken. *Psychiatr Prax* 2004; 31 (2): 68-73
18. Berman RM, Marcus RN, Swanink R, McQuade RD et al. The efficacy and safety of aripiprazole as adjunctive therapy in major depressive disorder: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (6): 843-853
19. Bielski RJ, Friedel O. Prediction of tricyclic antidepressant response. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 1479-1489
20. Blankel J. Antidepressive Medikation und Fahrtauglichkeit. *Münch Med Wochenschr* 1997; 139: 478-480
21. Böker W. Störungswahrnehmung und Krankheitseinsicht schizophrener Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1999; 67: 237-248
22. Bonnet U, Harries-Hedder K, Leweke FM, Schneider U et al. AWMF-Leitlinie: Cannabis-bezogene Störungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004; 72: 318-329
23. Bowden CL, Calabrese JR, Sachs G, Yatham LN et al. A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 392-400
24. Bovasso GB. Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2033-2037
25. Brodaty H, McGilchrist C, Harris L, Peters KE. Time until institutionalization and death in patients with dementia. Role of caregiver training and risk factors. *Arch Neurol* 1993; 50 (6): 643-650

26. Bronisch T. Suizidalität. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2000, 1673-1691
27. Bühringer G, Augustin R, Bergmann E, Bloomfield K et al. *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Nomos, Baden-Baden, 2000
28. Calabrese JR, Bowden CL, Sachs G, Yatham LN et al. A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently depressed patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1013-1024
29. Carr VJ, Lewin TJ, Walton JM, Faehrmann C et al. Consultation–liaison psychiatry in general practice. *Aust N Z J Psychiatry* 1997 b; 31: 85-94
30. Centorrino F, Eakin M, Bahk WM, Kelleher JP et al. Inpatient antipsychotic drug use in 1998, 1993, and 1989. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (11): 1932-1935
31. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (10): 1805-1819
32. Cording C. Qualitätssicherung mit der Basisdokumentation. In: Haug HJ, Stieglitz RD (Hrsg) *Qualitätssicherung in der Psychiatrie*. Enke, Stuttgart, 1995
33. Cording C, Gaebel W, Spengler A, Stieglitz RD et al. Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. *Spektrum Psychiatr Nervenheilkd* 1995; 24: 3-41
34. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J et al. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (5): 720-727
35. Dannon PN, Lowengrub K, Amiaz R, Grunhaus L et al. Comorbid cannabis use and panic disorder: short term and long term follow-up study. *Hum Psychopharmacol* 2004; 19: 97-101
36. Daumit GL, Crum RM, Guallar E et al. Outpatient prescriptions for atypical antipsychotics for African Americans, Hispanics, and whites in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60 (2): 121-128
37. Davis JM. Maintenance therapy and the natural course of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1985; 46: 18-21
38. Davis JM, Janicak PG, Hogan DM. Mood stabilizers in the prevention of recurrent affective disorders: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 406-417
39. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (7): 717-724
40. Demling J. Zur Suizidalität schizophren Erkrankter: klinische und biologische Aspekte. In: Kaschka WP, Joraschky P, Lungershausen E (Hrsg) *Die Schizophrenie. Biologische und familiendynamische Konzepte zur Pathogenese*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 1988, 95-102
41. Devinsky O, Honigfeld G, Patin J. Clozapine-related seizures. *Neurology* 1991; 41: 369-371
42. Dillon A. Guidance on the newer (atypical) antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia. National Institute for Clinical Excellence, London, 2002
43. Dilsaver SC. Withdrawal phenomena associated with antidepressant and antipsychotic agents. *Drug Saf* 1994; 10 (2): 103-114
44. Drake RE, Gates C, Cotton PG, Whitaker A. Suicide among schizophrenics. Who is at risk. *J Nerv Ment Dis* 1984; 172: 613-617
45. Eikelmann B. Sozialpsychiatrische Aspekte psychischer Krankheiten. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2000, 202-214
46. Eikelmann B. Sozialpsychiatrische Therapie- und Versorgungsgrundsätze. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2000, 215-230
47. Eikelmann B, Zacharias-Eikelmann B, Richter D, Reker T. Integration psychisch Kranker. Ziel ist Teilnahme am „wirklichen“ Leben. *Dtsch Ärzteblatt* 2005; 102: 1104-1110
48. Faust V, König F. *Therapietabellen Neurologie/Psychiatrie*. Westermayer-Verlag, München, 1999
49. Finzen A. Psychiatrische Behandlung und Suizid. Methodenprobleme bei der Untersuchung des Suizids unter psychiatrischer Behandlung. *Psychiatr Prax* 1983; 10: 103-108
50. Fleischhacker WW, Eerdeken M, Karcher K, Remington G et al. Treatment of schizophrenia with long-acting injectable risperidone: a 12-month open-label trial of the first long-acting second-generation antipsychotic. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (10): 1250-1257
51. Franz M, Schiessl N, Manz R, Fellhauer R et al. Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1990; 40: 369-374
52. Friedhoff L, Rogers SL. Donepezil lengthens time to loss of activities of daily living in patients with mild to moderate Alzheimer's disease. Results of a preliminary evaluation. *Neurology* 1997; 48: A 100

53. Frölich L, Müller-Spahn F. Diagnostik und Therapie demenzieller Syndrome (ICD-10 F0). In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg) Therapie psychischer Erkrankungen - State of the Art. 2. Aufl. Urban und Fischer, München Jena, 2007, 1-21
54. Fujimoro H, Sakaguchi M. Der Suizid schizophrener Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern. Fortschr Neurol Psychiatr 1986; 54: 1-14 Gaebel W, Falkai P. Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. Steinkopff, Darmstadt, 1998
55. Gaebel W, Falkai P. Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. Steinkopff, Darmstadt, 1998
56. Gaebel W, Falkai P. Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopff, Darmstadt, 2005
57. Glaeske G. Psychotrope und andere Arzneimittel mit Mißbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: DHS (Hrsg) Jahrbuch Sucht 97. Neuland, Geestacht, 1997, 32-54
58. Goodwin FK, Alfred DC, Coyle JT et al. Health care reform for Americans with severe mental illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council. Am J Psychiatry 1993; 150: 1447-1465
59. Gouzoulis-Mayfrank E. Doppeldiagnose Psychose und Sucht - Von Grundlagen zur Praxis. Nervenarzt 2004; 75: 642-650
60. Gouzoulis-Mayfrank E, Scherbaum N. Drogenabhängigkeit (ICD-10 F1) In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg) Therapie psychischer Erkrankungen - State of the Art. 2. Aufl. Urban und Fischer, München Jena, 2007, 39-54
61. Häfner H, Riecher A, Maurer K, Munk-Jörgensen P et al. Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. Fortschr Neurol Psychiatr 1991; 59: 343-360
62. Hamann J, Pfeiffer H, Leucht S, Kissling W. Are patients with schizophrenia under-treated with second-generation antipsychotics? A pilot study of the prescription practices of German psychiatrists. Pharmacopsychiatry 2003; 36 (6): 309-312
63. Hamann J, Ruppert A, Auby P, Pugner K et al. Antipsychotic prescribing patterns in Germany: a retrospective analysis using a large outpatient prescription database. Int Clin Psychopharmacol 2003; 18 (4): 237-242
64. Haring C, Neudorfer C, Schwitzer J, Hummer M et al. EEG alterations in patients treated with clozapine in relation to plasma levels. Psychopharmacology (Berl) 1994; 114 (1): 97-100
65. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? Psychol Med 2003; 33 (1): 97-110
66. Helmchen H, Baltes MM, Geiselmann B et al. Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie-Verlag, Berlin, 1996, 185-219
67. Herberg KW. Antidepressiva und Alltagssicherheit. Münch Med Wochenschr 1994; 136: 676-679
68. Herbst K. Umfang des Mißbrauchsverhaltens in der Bevölkerung. Politische Studien 1995, Heft 344
69. Hermans RC, Yang D, Ettner SL, Marcus SC et al. Prescription of antipsychotic drugs by office-based physicians in the United States, 1989-1997. Psychiatr Serv 2002; 53 (4): 425-430
70. Herz MI, Liberman P, Liebermann JA, Marder SR. Practice Guideline for the Treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 1997; 154 Suppl 4: 1-63
71. Hirschfeld R, McIntyre J, Charles S. Practice Guideline for the Treatment of patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry 2002; 159: 1-50
72. Hübner-Liebermann B, Spiehl H, Spindler P, Cording C. Verbesserte Erfassung des Behandlungsprozesses mit einer modifizierten BADO. Krankenhauspsychiatrie 2000; 11: 102-104
73. Hübner-Liebermann B, Spiehl H, Cording C. Patientensuizide in einer psychiatrischen Klinik. Psychiatr Prax 2001; 28 (7): 330-334
74. Hübner-Liebermann B, Spiehl H, Cording C. Wer kommt woher, wer geht wohin? Behandlungswege stationär-psychiatrischer Patienten. Nervenarzt 2005; 76 (7): 856-864
75. Hummer M, Kemmler G, Kurz M, Kurzthaler I et al. Sexual disturbances during clozapine and haloperidol treatment for schizophrenia. Am J Psychiatry 1999; 156 (4): 631-633
76. Jönsson B, Bebbington PE. What price depression? The cost of depression and the cost-effectiveness of pharmacological treatment. Br J Psychiatry 1994; 164: 665-673
77. Kallert W. Zum Suizid an Schizophrenie erkrankter Patienten während der psychiatrischen Klinikbehandlung. Suizidprophylaxe 1990; 17: 57-71
78. Kane JM, Leucht S, Carpenter D. Expert Consensus Guidelines for Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorders. J Clin Psychiatry 2003; 64 Suppl 12
79. Kiefer F, Jahn H, Tarnaske T, Helwig H et al. Comparing and combining naltrexone and acamprostate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 92-99
80. Klingberg S, Weinmann S, Becker T. Schizophrenie - psychosoziale Therapie (ICD-10 F2). In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg) Therapie psychischer Erkrankungen - State of the Art. 2. Aufl. Urban und Fischer, München Jena, 2007, 79-87

81. Kluiters H. Inpatient treatment and care arrangements to replace or avoid it - searching for an evidence-based balance. *Curr Opin Psychiatry* 1997; 10: 160-167
82. Knopman D, Schneider L, Davis K, Talwalker S et al. Long-term tacrine (Cognex) treatment: effects on nursing home placement and mortality, Tacrine Study Group. *Neurology* 1996; 47 (1): 166-177
83. Kraus L, Augustin R, Orth B. Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht* 2005; 51 (Sonderheft 1): 19-28
84. Kurz A. Organische psychische Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2000, 843-851
85. Kurz A. Demenz. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2000, 852-894
86. Kurz A, Marquard R, Mösch D. Tacrin: Ein Fortschritt in der Behandlung der Alzheimer-Krankheit? *Z Gerontol Geriat* 1995; 28: 163-168
87. Lambert M, Conus P, Lambert T, McGorry P. Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2003; 4 (5): 717-751
88. Lambert M, Naber D. *Current Schizophrenia*. Science Press Ltd, 2004
89. Lambert M, Fleischhacker WW, Naber D. Schizophrenie - Pharmakotherapie (ICD-10 F2). In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg) *Therapie psychischer Erkrankungen - State of the Art*. 2. Aufl. Urban und Fischer, München Jena, 2007, 55-78
90. Laux G. Trizyklische Antidepressiva. In: Riederer P, Laux G, Pödlinger W (Hrsg) *Neuropsychopharmaka Bd 3. Antidepressiva und Phasenprophylaktika*. Springer, Wien New York, 1993, 11-103
91. Laux G. Psychomotorische Leistungsparameter und deren Beeinflussung während der Langzeitbehandlung unter besonderer Berücksichtigung von Fahrtauglichkeitsaspekten. In: Möller HJ, Staab HJ (Hrsg) *Langzeitbehandlung mit Psychopharmaka*. 3. Salzburger Symposium zur Lebensqualität psychisch Kranker. Thieme, Stuttgart, 1995, 56-71
92. Laux G. Kosten-Nutzen-Analyse neuerer versus älterer Antidepressiva. Pharmakoökonomische Studien zum Vergleich von SSRIs versus trizyklischen Antidepressiva. *Klinik und Forschung* 1999; 5 Suppl 6: 4-12
93. Laux G. Affektive Störungen: Einleitung und Übersicht. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2000, 1099-1103
94. Laux G. Depressive Episode und rezidivierende depressive Störung. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2000, 1104-1148
95. Laux G. Anhaltende, manische und bipolare affektive Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2000, 1149-1177
96. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH et al. American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161 Suppl 2: 1-56
97. Leonard I, Babbs C, Creed F. Psychiatric referrals within the hospital – the communication process. *J R Soc Med* 1990; 83: 241-244
98. Lieberman JA. Maximizing clozapine therapy: managing side effects. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 3: 38-43
99. Linden M, Kirchmann S, Schaub RT. Vermutete krankheitsfördernde Einflüsse im Vergleich von manischen und depressiven Episoden. In: Stieglitz RD, Fähndrich E, Möller HJ (Hrsg) *Syndromale Diagnostik psychischer Störungen*. Hogrefe, Göttingen, 1998, 141-147
100. Lohse MJ, Müller-Oerlinghausen B. Psychopharmaka. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg) *Arzneiverordnungs-Report 2001*. Springer, Berlin, 2001, 587-629
101. Luxenberg JS, Haxby JV, Creasen H, Sundaram M et al. Rate of ventricular enlargement in dementia of the Alzheimer type correlates with rate of neuropsychological deterioration. *Neurology* 1987; 37: 1135-1140
102. Mann K, Diehl A, Hein J, Heinz A. Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F1). In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg) *Therapie psychischer Erkrankungen - State of the Art*. 2. Aufl. Urban und Fischer, München Jena, 2007, 23-38
103. Marneros A, Deister A, Rohde A. Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, 1991
104. McEvoy J, Scheifler P, Frances A. Treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 11: 3-80
105. McGorry PD, Killackey E, Lambert T, Lambert M. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2005, 39 (1-2): 1-30

106. Melkersson K, Dahl ML. Adverse metabolic effects associated with atypical antipsychotics. *Drugs* 2004; 64: 701-723
107. Mittelman MS, Ferris SH, Steinberg G, Shulman E et al. An intervention that delays institutionalization of Alzheimer's disease patients: treatment of spouse-caregivers. *Gerontologist* 1993; 33: 730-740
108. Möller HJ, Deister A. Schizophrenie. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2000, 997-1068
109. Möller HJ, Deister A. Schizophrenieähnliche Störungen und nichtorganische Wahnerkrankungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2000, 1069-1095
110. Morris JB, Beck AT. The efficacy of antidepressant drugs. A review of research. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30: 667-674
111. Müller-Oerlinghausen B, Ahrens B, Grof E, Grof P et al. The effect of long-term lithium treatment on the mortality of patients with manic-depressive and schizoaffective illness. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86 (3): 218-222
112. Müller-Oerlinghausen B, Wolf T, Ahrens B, Glaenz T et al. Mortality of patients who dropped out from regular lithium prophylaxis: A collaborative study by the International Group for the Study of Lithium-treated patients (IGSLI). *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94 (5): 344-347
113. Munday A, Kelly B, Forrester JW, Timoney A et al. Do general practitioners and community pharmacists want information on the reason for drug therapy changes implemented by secondary care? *Br J Gen Pract* 1997; 47: 563-566
114. Naber D. Subjective effects of antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111 (2): 81-83
115. Naber D, Karow A. Good tolerability equals good results: the patient's perspective. *Eur Neuropharmacol* 2001; 11 Suppl 4: 391-396
116. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Clinical Guideline 1, National Collaborating Centre of Mental Health 2002
117. Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects. *CNS Drugs* 2005; 19 Suppl 1: 1-93
118. Olfson M, Kessler RC, Berglund PA, Lin E. Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1415-1422
119. Papakostas GI, Shelton RC, Smith J, Fava M. Augmentation of antidepressants with atypical antipsychotic medications for treatment-resistant major depressive disorder: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (6): 826-831
120. Peterson R (1996) *Rauschgiftlage 1995*. In: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Hrsg) *Jahrbuch Sucht 1997*. Neuland, Geesthacht, 55-72
121. Philipp M. Chefarztqualifikation und Qualitätsmanagement. *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie - Mitteilungen*. 2006; 1: 29-32
122. Philipp MA. Qualitätsmanagement in der Psychiatrie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008; 76: 236-249
123. Proulx F, Lesage AD, Grunberg F. One hundred in-patient suicides. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 247-250
124. Revicki DA, Brown RE, Keller MB, Gonzales J et al. Cost-effectiveness of newer antidepressants compared with tricyclic antidepressants in managed care settings. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (2): 47-58
125. Riecher-Rössler A. Hat das weibliche Sexualhormon Östradiol eine Bedeutung bei schizophrenen Erkrankungen? In: Häfner H (Hrsg) *Was ist Schizophrenie?* Fischer, Stuttgart, 1995, 131-146
126. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A et al. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia and schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (3): 473-479
127. Rösler M, Retz-Junginger P, Retz W. *Alzheimer Demenz und Exelon*. Thieme, Stuttgart, 1998
128. Rosenheck R, Leslie D, Sernyak M. From clinical trials to real-world practice: use of atypical antipsychotic medication nationally in the Department of Veterans Affairs. *Med Care* 2001; 39 (3): 302-308
129. Rothschild AJ, Samson JA, Bessette MP, Carter-Campbell JT. Efficacy of the combination of fluoxetine and perphenazine in the treatment of psychotic depression. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 338-342
130. Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, Bischof G et al. Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -Missbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie. *Sucht* 2000; 46: 9-17
131. Salkever DS, Slade EP, Karakus M, Palmer L et al. Estimation of antipsychotic effects on hospitalization risk in a naturalistic study with selection on unobservables. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192 (2): 119-128

132. Schäfer I, Lauterwein N, Karow A, Naber D. Ambulante Verordnung atypischer Antipsychotika im Anschluss an die stationäre Behandlung schizophrener Patienten. *Psychiatr Prax* 2004; 31 (2): 74-77
133. Scherbaum N, Heppekausen K, Rist F. Sind Abbrüche im methadongestützten Opiatzug bedingt durch Entzugssymptomatik oder Suchtmittelverlangen? *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004; 72: 14-20
134. Schläpfer T, Greil W, Winkler R, Schmidt D. Bipolare Störungen (ICD-10 F3) In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg) *Therapie psychischer Erkrankungen - State of the Art. 2. Aufl.* Urban und Fischer, München Jena, 2007, 179-199
135. Schlosser J, Strehle-Jung G. Suizide während psychiatrischer Klinikbehandlung. *Psychiatr Prax* 1982; 9: 20-26
136. Schmauß M. Are people with schizophrenia getting the best treatment? Ergebnisse einer europäischen Umfrage unter Patienten und Psychiatern. Bad Homburger ZNS-Gespräche, Poster 6, 2002
137. Schmidtko A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93 (5): 327-338
138. Schou M. Suicidal behavior and prophylactic lithium treatment of major mood disorders: a review of reviews. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30: 289-293
139. Schreiber W, Dick B, Krieg JC. Das Customer Driven Psychiatric Hospital: Kundenorientierung als Grundprinzip stationär psychiatrischer Versorgung. *Gesundh ökon Qual manag* 2001; 6: 179-186
140. Sjögren M, Blennow K. The link between cholesterol and Alzheimer's disease. *World J Biol Psychiatr* 2005; 6 (2): 85-97
141. Soyka M. Störungen durch Alkohol. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie.* Springer, Berlin Heidelberg New York, 2000, 913-950
142. Soyka M. Drogen und Medikamentenabhängigkeit. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie.* Springer, Berlin Heidelberg New York, 2000, 951-993
143. Spießl H, Spießl A, Cording C. Die "ideale" stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 3-8
144. Spießl H, Cording C. Der Arztbrief – Visitenkarte der psychiatrischen Klinik? *Psychiatr Prax* 2000; 27: 239-242
145. Spießl H, Cording C. Zusammenarbeit niedergelassener Allgemeinärzte und Nervenärzte mit der psychiatrischen Klinik – Eine Literaturübersicht. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000; 68: 206-215
146. Spießl H, Schön D, Cording C, Klein HE. Erwartungen und Zufriedenheit sozialpsychiatrischer Dienste im Rahmen ihrer Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Klinik. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000; 68: 557-563
147. Spießl H, Cording C, Klein HE. Einweisung in die psychiatrische Klinik – Welche Informationen sind wichtig? *Psychiatr Prax* 2001; 28: 376-379
148. Spießl H, Cording C, Klein HE. Referral into the psychiatric clinic. What information must the admitting document contain? *MMW Fortschr Med* 2001, 143 (43): 32-33
149. Spießl H, Hübner-Liebermann B, Cording C. Zur Häufigkeit chronischer Depressionen im klinischen Bereich – Ergebnisse der Basisdokumentation. *Krankenhauspsychiatrie* 2001; 12 (Sonderheft 1): 6-9
150. Spießl H, Hübner-Liebermann B, Binder H, Cording C. „Heavy Users“ in einer psychiatrischen Klinik – Eine Kohortenstudie mit 1811 Patienten über fünf Jahre. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 350-354
151. Spießl H, Leber C, Kaatz S, Cording C. Was erwarten Patienten von einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus? *Psychiatr Prax* 2002; 29: 417-419
152. Spießl H, Hübner-Liebermann B, Cording C, Klein HE. Evidenzbasiertes Klinikmanagement auf Grundlage der psychiatrischen Basisdokumentation. *Psychiatr Prax* 2004; 31, Suppl 1: 9-11
153. Spießl H, Binder H, Cording C, Klein HE et al. Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. *Dtsch Ärzteblatt*, 2006; Heft 39
154. Spiker DG, Weiss JC, Dealy RS, Griffin SJ et al. The pharmacological treatment of delusional depression. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 430-436
155. Steblaj A, Tavkar R, Dernovsek MZ. Predictors of suicide in psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 383-388
156. Stewart A. Choosing an antidepressant: Effectiveness based pharmacoeconomics. *J Affect Disord* 1998; 48: 125-133
157. Vaitl P, Bender W, Brunner M, Hirschka A. Patientensuizide im Psychiatrischen Krankenhaus Haar bei München im Zeitraum 1975-1989. *Krankenhauspsychiatrie* 1995; 6: 23-28
158. Van Walraven C, Duke SM, Weinberg AL, Wells PS. Standardized or narrative discharge summaries. Which do family physicians prefer? *Can Fam Physician* 1998; 44: 62-69
159. Voirol P, Robert P, Meister P, Oros L et al. Psychotropic drug prescription in a psychiatric university hospital. *Pharmacopsychiatry* 1999; 32: 29-37
160. Von Luckner AG. Der Arztbrief. *Z ärztl Fortbild Qual sich* 1997; 91: 563-567

161. Weig W, Cording C. Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses. In: Cording C, Weig W (Hrsg). Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses. Roderer Verlag, Regensburg, 1997, 101-106
162. Weyerer S. Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit. Nervenheilkunde 1994; 13: 110-115
163. Wienberg G. Versorgungsstrukturen von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland - eine Analyse aus Public Health-Perspektive. In: Mann K (Hrsg) Versorgungsstrukturen von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland - eine Analyse aus Public Health-Perspektive, Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Papst-Verlag, Lengerich Berlin Riga Rom Wien Zagreb, 2002, 17-45
164. Wolfersdorf M. Der Kliniksuzid. In: Faust V: Psychiatrie. Gustav Fischer, Stuttgart, 1995, 417-420
165. Wolfersdorf M, Vogel R, Heydt G, Vogel WD, AG „Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus“. Ausgewählte Ergebnisse der Patientensuizidforschung an psychiatrischen Großkrankenhäusern: Schizophrene als „neue Risikogruppe“. Psychiatr Prax 1993; 20: 38-41
166. Working Group for the Canadian Psychiatric Association. Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia. Can J Psychiatry 1998; 43 Suppl 2: 25-40
167. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk („prodromal“) group. Schizophr Res 2003; 60 (1): 21-32
168. Zacher A. Psychiatrisch-psychotherapeutische Fortbildung selbstbestimmt oder verordnet? In: Gaebel W, Falkai P (Hrsg). Zwischen Spezialisierung und Integration - Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Wien, New York, 1998, 260-267

7. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

- BADO Basisdokumentation
- BGB Bürgerliches Gesetzbuch
- BKH Bezirkskrankenhaus
- CGI Clinical Global Impression
- DALY Disability-Adjusted Live Years
- DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
- ECA Epidemiological Catchment Area (Study)
- EPMS Extrapiramidalmotorische Störungen
- GAF Global Assessment of Functioning
- FDA Food and Drug Administration
- FGG Freiwilliges Gerichtsbarkeitgesetz
- ICD-10 International Classification of Diseases (10. Revision)
- MAO-Hemmer Monoaminoxidase-Hemmer
- NIDS Neuroleptic Induced Deficit Syndrom
- NMDA-Rezeptorantagonist N-Methyl-D-Aspartat-Rezeptorantagonist
- PET Positronenemissionstomographie
- SNRI Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahmeinhibitoren
- SSRI Selektive Serotonin-Rückaufnahmeinhibitoren
- UbG Unterbringungsgesetz
- UBS Upper-Bavarian-Study
- WHO World Health Organization

8. DANKSAGUNGEN

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. M. Schmauß für die freundliche Bereitstellung dieses interessanten Themas.

In gleicher Weise möchte ich Herrn Priv. Doz. Dr. T. Messer für die überaus zuvorkommende und freundliche Betreuung und die immer demonstrierte Hilfsbereitschaft danken.

Nicht zuletzt möchte ich meiner Familie für die liebenswürdige Unterstützung und Beratung bei der Erstellung dieser Arbeit ebenso wie während des Studiums danken.

9. LEBENSLAUF

Name: Gaxiola Mayinger

Vorname: Daniela

Geburtsdatum: 19.07.1978

Geburtsort: München

Eltern: Marco-Vinicio Gaxiola y Lago, Georgine Gaxiola

Wohnort: Figline Valdarno (Italien), Viale B. Pampaloni 86

Schulbildung:

1984 - 1988: Grundschule Mering

1988 - 1997: Rudolf-Diesel-Gymnasium Augsburg (Abitur)

Nov. 1998 - 2003: Studium der Zahnheilkunde an der LMU München

Juli 2003 - Januar 2004: Staatsexamen

Auslandsaufenthalt:

1997 - 1998: Aufenthalt in Florenz (Italien) mit Besuch des Centro di Cultura per Stranieri della
Università degli Studi di Firenze (Corso medio & superiore) - Diplome

Fremdsprachen: Latein, Englisch, Italienisch, Französisch

Besondere fachspezifische Interessen: Ästhetische Aspekte der Zahnheilkunde
Kinderzahnheilkunde
Prothetik

Arbeits Erfahrungen:

Sommer 1995: Tätigkeit als Bedienung im Restaurant des Campeggio Girasole (Figline Valdarno, Italien)

Sommer 1996: Rezeptionstätigkeit in oben genanntem Campingplatz

Juli 1997: Dolmetschertätigkeit in einem Dokumentarfilm über Macerata (Italien)

März - Nov. 2000: WEKA-Media in Kissing im Datenbankmanagement als studentische Aushilfe

September 2001: Hostesstätigkeit auf der Interbrau

Mai 2004 - Dez. 2005: Assistenz Zahnärztin in Augsburg-Haunstetten

seit Januar 2006: Freiberufliche Zahnärztin in der Region Florenz (Italien)